

# Université de Nantes

---

Unité de Formation et de Recherche - "Médecine et Techniques Médicales"

Année Universitaire 2015 - 2016

## Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

Présenté par Anaëlle NEAU

Née le 16/10/1989

**La scolarisation en maternelle d'enfants  
en situation de handicap ayant peu ou pas  
de langage oral :**

***Création d'un site informatif à destination des AESH,  
ATSEM et enseignants de maternelle.***

**Président du Jury :** Madame MAILLEUX Emmanuelle – Enseignante Référente

**Directeur du Mémoire :** Madame NUEZ Christine – Orthophoniste

**Membres du Jury :** Madame CHAILLET Laurence - Orthophoniste

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

## Remerciements

---

Je tiens à remercier très sincèrement toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Merci à Mme Mailleux d'avoir suivi mon travail de recherche et d'avoir pu y porter un autre regard. Son intérêt sur le sujet met en exergue l'importance de la collaboration entre les différentes professions.

Merci à Mme Nuez pour son implication et sa disponibilité. Son expérience et son soutien ont été d'une grande aide et m'ont appris beaucoup.

Merci à Mme Chaillet d'avoir suivi avec intérêt ce travail de recherche.

Merci à tous les AESH, ATSEM, enseignants et orthophonistes ayant répondu aux questionnaires. Sans eux, ce travail n'aurait pu aboutir et n'aurait aucun sens.

Merci aux orthophonistes m'ayant reçu en stage d'avoir répondu à mes questionnements et de m'avoir transmis leur passion pour ce métier.

Merci à Handisup qui m'a permis de faire de belles rencontres, de mieux appréhender le milieu du handicap. Les enfants que j'ai pu suivre et leurs familles ont guidé implicitement ce travail.

Pour finir je souhaite remercier tous mes proches qui m'ont écoutée, lue, relue et surtout soutenue.

# SOMMAIRE

---

<b>Remerciements</b> .....	3
<b>SOMMAIRE</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	8
<b>THEORIE</b> .....	9
<b>1. La scolarisation des élèves en situation de handicap</b> .....	10
1.1. Les lois évoluent en faveur de l'inclusion scolaire .....	11
1.2. Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés augmente .....	12
1.3. Plusieurs types de scolarisation existent, des aides spécifiques sont mises en place	13
1.4. Les formations des enseignants, ATSEM et AESH se spécialisent .....	18
1.5. Différents pays de l'Union Européenne sont également en faveur de l'inclusion scolaire.....	22
1.6. Une collaboration entre les différents intervenants se crée.....	23
<b>2. Langage et communication</b> .....	24
2.1. Langage et communication : deux notions différentes.....	24
2.2. Langage et communication : de multiples fonctions .....	25
2.3. Langage et communication : des facteurs indispensables .....	26
2.4. Troubles du langage et troubles de la communication : une distinction notable .....	27
<b>3. Le langage oral à l'école maternelle</b> .....	29
3.1. Les objectifs de l'école maternelle.....	29
3.2. Le langage oral de l'enfant en maternelle .....	30
<b>4. Les enfants ayant peu ou pas de langage oral</b> .....	32
4.1. Des handicaps provoquent un trouble langagier secondaire:.....	33
4.1.1. Les enfants déficients intellectuels ont des troubles langagiers variés.....	33
4.1.2. Les enfants Infirmes Moteurs Cérébraux ont des difficultés langagières liées à leurs troubles moteurs.....	37
4.1.3. La surdité, quel que soit son niveau, a un impact sur le langage oral .....	40

4.1.4.	Les troubles envahissants du développement entravent la communication .....	43
4.2.	Des troubles sont spécifiques au langage oral .....	46
4.2.1.	Les dysphasies sont des troubles spécifiques du langage .....	46
4.2.2.	L'aphasie de l'enfant est un trouble pur du langage acquis.....	48
4.2.3.	Le retard simple de langage est un trouble langagier qui disparaît avec le temps ...	49
<b>5.</b>	<b>Les précurseurs de la communication.....</b>	<b>51</b>
5.1.	Les précurseurs formels sont relatifs à la forme du langage.....	52
5.2.	Les précurseurs pragmatiques sont relatifs à l'utilisation de la langue .....	54
5.3.	Les précurseurs sémantiques sont relatifs au contenu du langage .....	58
<b>6.</b>	<b>D'autres facteurs influencent le développement langagier .....</b>	<b>61</b>
6.1.	Un bon axe corporel permet un bon fonctionnement cognitif .....	61
6.2.	L'enfant doit pouvoir maintenir son attention pour apprendre .....	62
6.3.	Une bonne audition est essentielle à un bon développement langagier .....	63
6.4.	La vision joue également un rôle communicationnel .....	63
6.5.	L'oralité alimentaire influe sur l'oralité verbale .....	64
<b>7.</b>	<b>L'orthophoniste prend en charge des enfants en situation de handicap.....</b>	<b>66</b>
7.1.	Les orthophonistes peuvent se spécialiser dans le handicap.....	67
7.2.	L'orthophoniste, avec son point de vue axé sur le langage et la communication, a ses propres objectifs. ....	69
7.3.	Une prise en charge précoce est bénéfique .....	70
7.4.	Différents moyens aident l'enfant à avancer sur le chemin langagier .....	71
7.5.	L'orthophoniste est amené à mettre en place une communication augmentée ou une communication alternative .....	74
7.6.	Pour bien prendre en charge l'enfant, l'orthophoniste est en lien avec les autres intervenants .....	77
<b>8.</b>	<b>Problématique et objectifs.....</b>	<b>79</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>		<b>81</b>
<b>1.</b>	<b>Ressources actuelles.....</b>	<b>82</b>

1.1.	Etat des lieux .....	82
1.2.	Manques et apports du mémoire .....	83
<b>2.</b>	<b>Procédure.....</b>	<b>85</b>
<b>3.</b>	<b>Population.....</b>	<b>87</b>
3.1.	Les enseignants de maternelle, ATSEM et AESH.....	88
3.2.	Les orthophonistes .....	89
<b>4.</b>	<b>Présentation des enquêtes.....</b>	<b>90</b>
4.1.	Informations générales.....	91
4.2.	Le handicap de l'enfant.....	92
4.3.	Le langage .....	93
4.4.	Les échanges entre professionnels .....	94
4.5.	La création d'un site internet.....	95
4.6.	Remarques éventuelles .....	95
<b>5.</b>	<b>Recueil et analyse des résultats.....</b>	<b>96</b>
5.1.	Informations générales.....	96
5.2.	Le handicap de l'enfant.....	99
5.3.	Le langage .....	107
5.4.	Les échanges entre professionnels .....	110
5.5.	La création d'un site internet.....	117
5.6.	Remarques.....	121
<b>DISCUSSION</b>	.....	<b>122</b>
<b>1.</b>	<b>Synthèse des résultats et comparaison avec les objectifs initiaux.....</b>	<b>123</b>
<b>2.</b>	<b>Critiques.....</b>	<b>127</b>
2.1.	Le choix de la méthode.....	127
2.2.	La diffusion des questionnaires et le choix des participants.....	127
2.3.	Les questions .....	128
2.4.	La création d'un site internet.....	130

<b>3. La création du site internet : un projet en cours.....</b>	<b>131</b>
3.1. Le choix d'un nom représentatif.....	131
3.2. Des précautions à prendre.....	132
3.3. Le contenu du site au plus proche des besoins exprimés .....	132
3.4. Et à long terme ?.....	133
<b>4. Perspectives de ce travail de recherche.....</b>	<b>134</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>135</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>136</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>137</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>143</b>
PPS vierge .....	144
GEVA-Sco vierge.....	148
Plan de formation des AESH .....	153
Représentation langagière des différences intersyndromiques pour 12 syndromes génétiques du handicap mental (Rondal, 2009). .....	156
Extrait du bulletin officiel de la formation d'orthophonie .....	157
Mail explicatif pour la diffusion des questionnaires aux écoles .....	160
Questionnaire destiné aux enseignants de maternelle et ATSEM .....	161
Tableaux et graphiques répertoriant les résultats des réponses aux questionnaires .....	169
Page d'accueil du site internet en cours d'élaboration.....	177

# INTRODUCTION

---

La société actuelle se veut de plus en plus inclusive : les lois favorisent les normes handicapées dans les lieux publics, l'emploi de travailleurs handicapés dans les entreprises, la scolarisation d'enfants en situation de handicap en milieu ordinaire. En effet, ces enfants ne sont plus systématiquement accueillis en milieu spécialisé, ils ont accès au même titre que les autres à l'école la plus proche de leur domicile. Ces enfants ont parfois peu ou pas de langage oral à l'entrée en maternelle. Ils ont des besoins spécifiques et sont suivis par des professionnels médico-sociaux. Les orthophonistes qui les prennent en charge ont des objectifs particuliers et privilégient la communication.

La scolarisation en milieu ordinaire paraît essentielle mais seulement si elle est réellement adaptée à l'enfant. Les AESH, ATSEM et enseignants de maternelles doivent être formés spécifiquement et informés sur les précurseurs de la communication et les facteurs influençant le développement langagier. C'est en effet à l'environnement de l'enfant et aux différents professionnels l'accueillant de s'ajuster à lui et non l'inverse. On peut alors se demander si c'est le cas en France. L'accueil en maternelle d'enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral est-il adapté ? Les différents intervenants ont-ils les connaissances adéquates et suffisantes pour favoriser l'inclusion ?

Dans un premier temps, diverses notions théoriques seront abordées. En effet, il sera question de la scolarisation actuelle des enfants en situation de handicap, du langage et de la communication chez les enfants tout-venant et dans le cadre du handicap, des précurseurs de la communication et d'autres facteurs influençant le développement langagier et enfin des différents rôles de l'orthophoniste. Nous pourrons alors exposer la problématique et les objectifs de ce travail. Dans un second temps, la méthode choisie sera détaillée puis nous présenterons et analyserons les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons de ceux-ci et exposerons les limites et les perspectives de ce travail de recherche.

# THEORIE

---

## 1. La scolarisation des élèves en situation de handicap

---

Selon Louis et Ramond (2013), le handicap dépend de la société et du regard qu'elle porte sur lui. Débilité, imbecilité, déficience... les termes évoluent selon les époques. Il y a quelques années, la personne en situation de handicap était un « handicapé » reconnu par sa déficience, puis elle a été reconnue comme une « personne handicapée » définie par son incapacité. De nos jours, le handicap correspond à toute limitation dans la vie quotidienne et dans la vie en société due à un trouble temporaire ou permanent d'une ou plusieurs fonctions physiques, psychiques, sensorielles et cognitives (Loi du 11 février 2005). « La personne en situation de handicap » connaît un désavantage qui le met dans une situation difficile (Thomazet, 2006). Les lois doivent évoluer en parallèle de cette vision du handicap.

## 1.1. Les lois évoluent en faveur de l'inclusion scolaire

Jusqu'au début du XIXème siècle, les personnes handicapées étaient isolées, mises à l'écart de la société. La loi 75-534 du 30 juin 1975 est la première loi faisant référence à l'école en rendant obligatoire l'éducation d'enfants handicapés. Avec cette loi naissent les Commissions Départementales de l'Education Spéciale (CDES) permettant l'accompagnement d'enfants handicapés de zéro à vingt ans.

La loi du 11 février 2005 n°2005-102 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » marque le plus grand changement. Cette loi permet à tous les enfants en situation de handicap de bénéficier d'une scolarisation au même titre que les autres (Gillig, 2007). En effet, avec elle :

- Chaque enfant en situation de handicap est inscrit à l'école la plus proche de son domicile, qui devient son établissement de référence.
- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est créée. Un suivi personnalisé et des compensations spécifiques sont possibles.
- Un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) est proposé à chaque enfant. Une équipe pluridisciplinaire évalue les capacités et les besoins de l'enfant et met en place un projet individualisé pour adapter au mieux sa formation.

Un grand cap est franchi. C'est la première fois qu'une loi prend en compte l'environnement de l'enfant et fait en sorte que ce soit aux autres de s'adapter et non à lui. Des moyens concrets sont mis en place. L'accessibilité à l'éducation et aux loisirs est assurée. Ainsi, l'enfant handicapé est un citoyen avant tout.

Par l'article 111-1 du 8 juillet 2013, le service public « reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction. ». Le terme d'inclusion remplace alors celui d'intégration.

Auparavant, l'insertion induisait la marginalisation, la mise à l'écart d'une personne insérée à un groupe qui n'était pas le sien. L'intégration consistait à accueillir l'enfant sans aide spécifique, sans adaptation et traitement différentiel. Désormais, l'enfant est inclus au même titre que les autres, des adaptations pour mieux l'accueillir sont mises en place d'emblée. Le handicap est alors reconnu, accepté et pris en compte (Louis & Ramond, 2013).

Les lois favorisent l'inclusion de l'enfant en situation de handicap en milieu ordinaire et les chiffres sont en faveur de cette dynamique.

## 1.2. Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés augmente

En France, à la rentrée 2014, 259 900 élèves<sup>1</sup> en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire, soit deux fois plus qu'en 2006. Dans la région Pays de Loire, lors de la rentrée 2015, 7 101<sup>2</sup> enfants scolarisés dans le 1<sup>er</sup> degré sont en situation de handicap, soit 1,8% de ces élèves. Il est donc indispensable de prendre des mesures adaptées pour bien les accompagner.

La moitié de ces élèves ont des difficultés cognitives et intellectuelles. Les troubles psychiques, troubles spécifiques du langage et de la parole sont au second plan (Le Laidier, 2015).

---

<sup>1</sup> INSEE. Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap en 2014-2015. Données du Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

<sup>2</sup> Académie de Nantes - Dossier de rentrée 2015-2016.

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire augmente. Le principe d'inclusion sous-entend la mise en place d'adaptations et compensations pour le bien-être de l'élève accueilli. Celles-ci doivent être mises en place rapidement et être adaptées à l'enfant.

### 1.3. Plusieurs types de scolarisation existent, des aides spécifiques sont mises en place

Gillig (2007, p.61) pense qu'« être scolarisé sans compensation, c'est pour un élève handicapé se voir ajouter un handicap au handicap ». En effet mettre en place des adaptations c'est accepter la différence. L'école inclusive ne tente pas de faire de l'élève en situation de handicap un élève comme les autres, elle s'adapte à lui pour que chacun ait sa place (Thomazet, 2006).

En milieu ordinaire, l'élève peut bénéficier d'un **Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap** (AESH), anciennement appelé Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS). L'AESH accompagne l'élève en classe et lors de sorties. Il facilite l'intégration de l'enfant, adapte son environnement pour une meilleure compréhension, aide aux gestes de la vie quotidienne. En plus de cela, le rôle majeur de l'AESH est d'être bienveillant et encourageant envers l'élève accompagné (Gillig, 2007). Cet auxiliaire peut accompagner l'enfant individuellement, AVS-i, plusieurs enfants dans une même classe, AVS mutualisée, ou intervenir en soutien d'un enseignant spécialisé dans des Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), AVS-co.

En 2013, 70% des élèves en situation de handicap scolarisés au 1<sup>er</sup> degré bénéficiaient d'une AVS-i ou AVS-co (Maisonneuve, 2014). Cet accompagnement est parfois discuté. Pour Menard (2012), cette aide est systématique alors qu'elle n'est pas toujours favorable à l'élève, l'AESH peut isoler et stigmatiser l'élève en difficulté. Il est

important d'évaluer chaque situation pour savoir si l'enfant a réellement besoin d'être accompagné et dans quelles conditions.

Le **Projet Personnalisé de Scolarisation**<sup>3</sup> (PPS) est mis en place depuis la loi de 2005. Les aménagements, les adaptations, l'orientation et les préconisations y sont établis par une équipe pluridisciplinaire dépendant de la MDPH et en concertation avec les parents. L'enseignant référent se charge ensuite de vérifier la mise en pratique et le respect de ce projet. L'enseignant référent est un maître spécialisé ou un professeur titulaire du CAPA-SH<sup>4</sup> ou du 2CA-SH<sup>5</sup>. Il conseille et coordonne les différents intervenants et les familles, c'est un interlocuteur central et indispensable (Gillig, 2007). Maisonneuve (2014) relève que selon les inspections, le PPS n'est pas toujours exploité. C'est également ce que met en évidence le rapport du groupe de travail "Professionnaliser les accompagnants pour la réussite des enfants et adolescents en situation de handicap" de juin 2013. Aucune étude ne traite ce sujet pourtant il serait intéressant de savoir si cela est toujours d'actualité et quelles en sont les raisons.

Le **Géva-Sco**<sup>6</sup> (Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation des personnes handicapées en matière de Scolarisation) est un guide d'évaluation scolaire mis en place depuis 2013. Les enseignants, les personnels médicaux et sociaux y donnent des indications sur le niveau d'autonomie de l'élève dans différents domaines. Il met en exergue les interactions et l'environnement. Son but est d'adapter au maximum les aides, de mettre en évidence les obstacles rencontrés par l'élève pour pouvoir les contourner (Maisonneuve, 2014). Ce guide permet de croiser les regards de différents intervenants et ainsi d'être au plus proche des besoins réels de l'enfant.

Lorsque la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas suffisante, l'enfant peut être suivi par des Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), accueilli

---

<sup>3</sup> PPS vierge visible en Annexe 1.

<sup>4</sup> Certificat d'Aptitude Professionnel pour les Aides Spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap pour les professeurs du 1<sup>er</sup> degré.

<sup>5</sup> Certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap pour les professeurs du 2<sup>nd</sup> degré.

<sup>6</sup> Geva-Sco vierge visible en Annexe 2.

en Centre Médico Psychologique (CMP) ou en Centre Médico-psycho-pédagogique (CMPP).

Les **SESSAD** permettent un suivi global de l'enfant. Différents professionnels interviennent sur les temps de classe, en prenant en charge l'enfant individuellement ou en groupe. La collaboration entre les intervenants est essentielle pour favoriser l'intégration de l'enfant en milieu ordinaire et favoriser son autonomie.

Les **CMP** sont des établissements publics rattachés aux hôpitaux. Les enfants ayant des difficultés psychologiques, affectives ou familiales sont suivis par une équipe pluridisciplinaire, individuellement ou en groupe. Ils sont accueillis sur le temps scolaire, le CMP est en lien étroit avec les écoles.

Les **CMPP** sont des centres regroupant du personnel médical, paramédical et des professionnels dépendant de l'éducation nationale. L'enfant ayant des troubles du comportement ou neuropsychiques reste dans son milieu scolaire ordinaire et est suivi en CMPP en parallèle. Le lien est encore une fois très important entre les différents intervenants pour assurer la cohérence du suivi.

Lorsque ces aides ne suffisent pas et que la scolarisation ordinaire n'est pas adaptée, l'enfant peut être accueilli en ULIS ou être redirigé vers des établissements spécialisés, les Instituts Médico Educatif (IME) ou Instituts d'Education Motrice (IEM). Ces réorientations sont faites à la demande des parents auprès de la MDPH. Ces alternatives sont abordées brièvement dans ce travail de recherche car elles sont mises en place après la maternelle principalement.

Depuis la circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015, les CLIS (Classes pour Inclusion Scolaire) et les ULIS sont regroupés sous le nom de **ULIS**. Ces dispositifs collectifs (ULIS école, ULIS collège, ULIS lycée) favorisent l'inclusion scolaire et permettent aux

élèves en situation de handicap de suivre certains cours dans des classes ordinaires, selon leurs besoins. Les **ULIS-école** sont séparées selon leur spécificité :

- TFC : troubles des fonctions cognitives ou mentales
- TSLA : troubles spécifiques du langage et des apprentissages
- TED : troubles envahissants du développement
- TFM : troubles des fonctions motrices
- TFA : troubles de la fonction auditive
- TFV : troubles de la fonction visuelle
- TMA : troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladie invalidante).

Les ULIS dépendent de l'éducation nationale et sont sous la responsabilité du directeur de l'école où elles sont implantées. Les programmes ne sont pas définis en amont mais un projet pédagogique et éducatif est élaboré en fonction des élèves. Le but est de mettre en avant leurs capacités et de favoriser les apprentissages. Une douzaine d'enfants y est accueillie et encadrée par un enseignant spécialisé et un AVS-co. Cet effectif restreint permet une adaptation au plus près des besoins de chacun (Gillig, 2007).

Les **IME ou IEM** accueillent l'enfant en situation de handicap mais celui-ci reste lié à son établissement de référence. Le projet pédagogique du PPS est respecté, l'enfant bénéficie d'un temps de classe adapté à ses capacités. Les temps non pédagogiques sont assurés par des éducateurs spécialisés ou permettent des prises en charge rééducatives (Gillig, 2007). Certains enfants peuvent bénéficier de prises en charge en institut et être intégrés en CLIS. Les échanges entre les différents professionnels sont indispensables pour faire le lien, connaître mieux l'enfant pour l'aider à se sentir bien et se développer.

La majorité de ces enfants sont tout d'abord suivis par des **Centres d'Action Médico-Sociale Précoce** (CAMSP). En 2016, neuf CAMSP sont répartis en Pays de Loire, dont quatre en Loire Atlantique. Le CAMSP accueille des enfants de zéro à six ans. Une équipe pluridisciplinaire prend en charge l'enfant et accompagne les parents

dans l'annonce et l'acceptation du handicap. Les différents professionnels échangent avec les crèches, les écoles maternelles. L'accompagnement précoce, le travail de guidance parental fait toute leur spécificité et leur richesse. Les différentes possibilités d'orientation de l'enfant après ses six ans sont abordées en équipe et avec les familles. Anticiper ce qui sera le mieux pour l'enfant dans les années à venir est très difficile et la collaboration et coopération de tous les intervenants et accompagnants de l'enfant sont indispensables.

Le projet régional de Santé des Pays de Loire de juin 2015 met en évidence que l'offre globale de services spécialisés de cette région est au-dessus de la moyenne nationale mais la répartition des structures entre les départements est inégale. En 2012, 250 structures<sup>7</sup> accueillait les enfants en situation de handicap en Pays de Loire. Seulement le nombre de places reste limité par rapport aux besoins. Le rapport Piveteau « zéro sans solution » publié le 10 juin 2014, met en évidence l'existence de ruptures de parcours, de longues listes d'attente et de déficits d'accompagnements. Suite à ce rapport, l'état, les agences régionales de santé et les conseils généraux s'engagent à collaborer pour rechercher une réponse adaptée et accompagnée à chaque situation dans 23 départements pilotes, dont la Loire Atlantique, la Sarthe et la Vendée.

Des aides sont mises en place pour adapter au mieux l'accueil de ces enfants à l'école ordinaire quand c'est possible. Mais si les professionnels concernés ne sont pas suffisamment formés, une véritable inclusion semble difficile.

---

<sup>7</sup> « Offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap dans la région Pays de Loire » publiée en 2012 par l'ARS des Pays de Loire.

#### 1.4. Les formations des enseignants, ATSEM et AESH se spécialisent

La conférence nationale de 2014, menée par l'éducation nationale et l'enseignement supérieur portait sur le handicap. Elle mettait un point d'honneur sur la formation de tous les nouveaux enseignants aux besoins des élèves en situation de handicap, la professionnalisation des AESH, des parcours de formation plus inclusifs.

##### **1.4.1. Les enseignants du premier degré**

L'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE) forme des étudiants ayant une licence au master des Métiers de l'Enseignement de l'Education et de la Formation (MEEF). Depuis la réforme de 2013, le MEEF se déroule sur deux ans. Un concours a lieu à la fin de la première année. La deuxième année se déroule ensuite en alternance entre un mi-temps en écoles et un mi-temps à l'ESPE. En 2013, sur 120 heures de formation, six étaient consacrées à « l'école inclusive : adaptation scolaire et scolarisation des élèves en situation de handicap » (MEN, 2013).

En 2014, l'éducation nationale affirmait la création d'un module spécifique sur le handicap dans chaque ESPE pour former les nouveaux enseignants. Le détail de la formation des enseignants n'est pas consultable librement et malgré ma demande, le rectorat et l'ESPE ne m'ont pas transmis leur programme. La formation initiale des enseignants sur le handicap et sur l'acquisition du langage du jeune enfant ne peut donc être détaillée ici.

Sur l'année scolaire 2014-2015, 855 000 professeurs des écoles enseignaient. 47 500 ont bénéficié d'une formation continue sur l'école inclusive, soit 55% (Le Laidier, 2015). Ces formations sont proposées aux enseignants de l'enseignement privé par le Programme Académique de Formation (PAF). Le contenu proposé diffère selon le rectorat. En effet, l'importance accordée à l'inclusion scolaire dépend de chaque département. Cette différence est notamment visible sur les sites internet des

académies. Ceux de Mayenne et de Vendée offrent peu d'informations sur l'adaptation scolaire et le handicap, en revanche en Loire Atlantique, Sarthe et Maine et Loire la rubrique sur l'inclusion scolaire est plus détaillée et transmet diverses informations.

Tous les ans, une formation professionnelle est proposée dans le cadre de la formation continue. Le CAPA-SH concerne les enseignants du premier degré voulant se spécialiser dans l'accueil d'enfants en situation de handicap. Les professeurs se spécialisant n'enseignent plus dans des classes ordinaires. Pour les enseignants non spécialisés, des guides sont téléchargeables sur le site de l'éducation nationale pour en savoir plus sur les différents troubles et les adaptations possibles.

L'INS HEA (Institut d'enseignement supérieur et de recherche - handicap et besoins éducatifs particuliers) propose ces formations spécifiques mais également des formations continues. C'est un établissement public national de formation et de recherche dépendant du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il a été créé en 2005 et est dédié aux besoins éducatifs particuliers et à l'accessibilité. Il a pour objectifs de proposer des formations aux différents professionnels de l'éducation et de la santé, d'offrir un pôle ressources de référence et de développer les recherches interdisciplinaires. Les formations portent sur des thèmes variés (handicap visuel, auditif, troubles du comportement, cognitifs, moteurs,...). Cependant, le nombre de places est limité et la grande majorité des formations ont lieu en Hauts-de-Seine.

Les heures dédiées à l'inclusion scolaire sensibilisent au handicap, les stages en école confrontent parfois concrètement les futurs enseignants à l'accueil d'enfants en situation de handicap. On peut tout de même se demander si la formation initiale et les formations continues permettent aux enseignants de se sentir assez en confiance pour accueillir ces enfants.

### **1.4.2. Les ATSEM**

Le métier d'Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles (ATSEM) existe depuis 1992. Dans le secteur privé, ce sont des Agents Spécialisés des Ecoles Maternelles (ASEM). Pour plus de simplicité, nous utilisons le terme d'ATSEM dans ce travail de recherche.

Les ATSEM accompagnent les enfants sur les différents temps de vie, les aident dans les tâches de la vie quotidienne (habillage, déshabillage, repas, toilettes...). Pour se présenter au concours d'ATSEM il faut être parent de trois enfants, être diplômé du CAP petite enfance ou avoir exercé plus de quatre ans auprès de jeunes enfants. Les questions du concours portent sur l'hygiène et la sécurité de l'enfant avec des notions spécifiques sur des situations délicates comme l'accueil d'enfants handicapés, le développement de l'enfant, la place de l'ATSEM dans la classe. Les modalités du concours changent régulièrement. Une fois le concours réussi, l'ATSEM est recruté selon les besoins et devient fonctionnaire stagiaire pendant un an avant d'être titularisé. Ces professionnels n'ont pas de formation spécifique suite au concours. Selon mes recherches, ils ne semblent pas pouvoir bénéficier de formations continues. Les ATSEM accueillent et accompagnent beaucoup d'enfants, ils doivent être capables de s'adapter à chacun. Comment perçoivent-ils l'accueil d'enfants en situation de handicap et quel est leur rôle auprès d'eux ?

### **1.4.3. Les AESH**

Les premiers auxiliaires de vie scolaire ont vu le jour en 1980 grâce aux associations de parents d'enfants en situation de handicap. En 1999, avec le plan Handiscol, une fiche métier les définit plus clairement (Bailleul, Bataille, Lanoë & Mazereau, 2009). Les métiers d'AVS-i et AVS-co sont créés officiellement avec la loi n°2003-400 du 30 avril 2003. Puis avec l'article du code de l'éducation de 2014, le

terme d'AESH remplace celui d'AVS. Les AESH se battent pour être reconnus et bénéficier d'une formation spécifique. Les différentes manifestations, les pétitions, les forums et réseaux sociaux mettent en évidence ce malaise et illustrent leur combat. Depuis 2014, un nouveau diplôme est en cours permettant la professionnalisation des différents accompagnants, en passant notamment par la validation d'acquis. De plus, désormais, après un contrat de six ans, les AESH peuvent prétendre à un CDI.

Puig (2013, p.81) met en exergue que ce métier «est très complexe et s'exerce sans qualification», au dépend des familles et des enfants parfois. Cependant, avec le Décret n° 2014-724 du 27 juin 2014 relatif aux « conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap », les AESH suivent une formation d'adaptation à l'emploi s'ils ne sont pas titulaires d'un diplôme professionnel d'aide à la personne. La formation d'adaptation à l'emploi correspond à 60 heures de formation à effectuer avant que les nouveaux accompagnants pourvoient leur poste puis 60 heures à suivre par la suite. En Loire Atlantique, la formation de 60 heures<sup>8</sup> réservée aux AESH est segmentée en trois modules : connaissances du système éducatif, connaissances du handicap, pratiques professionnelles. Différents types de handicap sont présentés. Cette formation semble dense et complète. Mais celle-ci est seulement théorique, les AESH sont-ils satisfaits de cette formation ?

Les fonctions de ces trois intervenants ne sont pas les mêmes et leur formation sont distinctes. Des sites internet<sup>9</sup> existent pour informer sur le handicap, donner des pistes. Les conseils transmis sont intéressants, seulement il semble que les notions de langage et de communication soient peu abordées. Il serait peut-être intéressant de penser une formation ou un moyen d'information diversifié faisant intervenir différents professionnels pour permettre d'échanger et d'avoir une vision globale de l'enfant.

---

<sup>8</sup> Le plan de formation d'adaptation à l'emploi des AESH/EVSH est consultable en Annexe 3.

<sup>9</sup> Exemples de sites existants : Eduscol, tousalecole.

### 1.5. Différents pays de l'Union Européenne sont également en faveur de l'inclusion scolaire

L'Union Européenne utilise le terme d'enfants à Besoins Educatifs Particuliers (BEP). Ce terme met en exergue, non pas la déficience, mais la nécessité d'être aidé pour apprendre. Beauchert (2012) relève trois types d'éducation des enfants BEP selon les pays :

- « one track approach » : tous les élèves sont scolarisés en milieu ordinaire, le recours à des institutions spécialisées est très rare. Les établissements sont vus comme des communautés et la différence comme une source de richesse. La Suède, la Norvège, l'Espagne, l'Italie, le Portugal mènent cette politique.

- « two tracks approach » : l'inclusion en milieu ordinaire des élèves BEP est exceptionnelle, ils sont scolarisés en institutions selon la gravité du handicap. La Belgique, la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne fonctionnent ainsi.

- « multi tracks approach » : le passage du milieu ordinaire au milieu spécialisé est possible. La place de l'enfant est discutée par une équipe pluridisciplinaire. C'est cette approche que pratiquent la France, l'Angleterre, la Finlande, la Pologne, l'Irlande, le Luxembourg et le Danemark.

La formation des enseignants diffère également selon les pays. En Italie, les BEP sont abordés dans la formation initiale et la formation continue est obligatoire. En Angleterre, une formation privée est réalisable après un an d'expérience. Au Portugal, la formation initiale inclue 60h sur les élèves BEP. En Allemagne, la formation concerne les enseignants spécialisés seulement.

## 1.6. Une collaboration entre les différents intervenants se crée

Bailleul, Bataille, Lanoe et Mazereau (2009) relèvent des témoignages d'enseignants du 1<sup>er</sup> degré sur la pluridisciplinarité. Les équipes de suivi de scolarisation (ESS) permettent selon eux un réel partenariat, l'échange d'informations, des interactions riches apportant différents points de vue sur l'enfant et l'aidant ainsi à s'épanouir et grandir. Les enseignants sont souvent favorables aux échanges interdisciplinaires même si certains soulignent parfois des difficultés à se mettre en lien avec les autres partenaires.

En janvier 2016, une convention partenariale a été signée entre le ministère de l'éducation nationale, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le centre national de la fonction publique territoriale et un organisme de la branche sanitaire, social et médico-social. Son but est d'instaurer des formations communes aux différents intervenants accompagnant l'élève en situation de handicap, de faire connaître les missions de chacun et d'amener la collaboration, le partage de savoirs. Cette convention met l'accent sur le partenariat et la coopération. Ce projet, encore expérimental, prouve que l'état fait les démarches nécessaires pour rendre l'école de plus en plus inclusive.

Chacun a sa propre spécialité, porte un regard spécifique sur l'enfant. L'orthophoniste s'attache particulièrement à la communication et au langage et peut être amené à apporter des éclairages sur ses notions, sur le développement langagier du jeune enfant.

## 2. Langage et communication

---

« La communication est première, le langage est secondaire. La pratique et l'expérience du dialogue servent de lieu d'accueil à la construction du langage » (Souriau, cité par Cataix-Negre, 2010, p.68).

### 2.1. Langage et communication : deux notions différentes

Le dictionnaire d'orthophonie (2011, p.147) définit le langage comme « un système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres » et la communication comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu » (p.57). Le langage apparaît comme un moyen de communiquer, un outil.

Mais l'enfant peut communiquer sans l'outil langagier. Deux types de communication peuvent être distingués. La communication analogique permet de transmettre des messages émotionnels par le biais de la communication non verbale essentiellement. Les mimiques, les gestes, la prosodie apportent des informations supplémentaires. La communication digitale, le langage transmet des concepts. Les mots, les connecteurs traduisent l'information concrète (Golse, 2010).

Selon Danon-Boileau (2002), il est important de juger le discours d'un enfant qualitativement et non seulement quantitativement. Observer la relation entre la communication non verbale et verbale sert à mieux comprendre comment l'enfant communique, comment il parvient à se faire comprendre même s'il n'a pas toutes les clefs en main pour avoir un langage efficace.

## 2.2. Langage et communication : de multiples fonctions

Selon Martinet (1969), la principale fonction du langage est la communication entre un émetteur et un récepteur. Ses autres fonctions, expressives et esthétiques sont secondaires. Vanoye (1983), lui, met en évidence que les fonctions du langage sont très nombreuses et diffèrent selon les auteurs. Halliday (cité par Vanoye, 1983), par exemple, distingue six fonctions sociales au langage de l'enfant :

- Instrumentale : l'enfant veut satisfaire ses besoins
  
- Régulatoire : il dirige les autres
  
- Interactionnelle : il souhaite entrer en contact
  
- Personnelle : il peut exprimer ses sentiments, ses besoins
  
- Heuristique : il se renseigne sur le monde, s'intéresse à l'environnement
  
- Imaginative : il invente son monde

L'enfant peut les combiner petit à petit et ainsi s'adapter à la situation et à l'interlocuteur. De même, pour Valiquette (cité par Vanoye, 1983), la communication peut être expressive (centrée sur les affects) ou transactionnelle. Lorsque le discours est transactionnel, il est à visée informative ou conative (persuasif, régulateur ou ludique). Prendre en compte ces différents aspects permet d'ajuster l'observation de l'enfant et d'estimer quelles fonctions du langage et quelles compétences de la communication il maîtrise, quel sens il donne au discours.

### 2.3. Langage et communication : des facteurs indispensables

Selon Pirchio, Caselli et Volterra (2003), plusieurs facteurs sont nécessaires pour obtenir une communication efficace.

Pour pouvoir communiquer, l'enfant doit être un être social, il doit pouvoir interagir avec les autres. Le langage, en plus de cela, requière des capacités linguistiques spécifiques (phonologiques, lexicales, syntaxiques) pour exprimer correctement son message et comprendre celui des autres. Enfin, il est essentiel d'avoir des capacités sensorielles et cognitives suffisantes pour recevoir des informations, analyser une situation et s'y adapter. Les difficultés de langage et de communication peuvent donc être liées à des déficits à différents niveaux. Les explications et les symptômes possibles sont extrêmement variés.

## 2.4. Troubles du langage et troubles de la communication : une distinction notable

Les troubles du langage et ceux de la communication sont distingués dans la littérature. Selon le dictionnaire d'orthophonie (2011), le trouble du langage oral est global, il concerne les troubles acquis ou développementaux, liés ou non à un déficit intellectuel ou sensoriel. La communication verbale est entravée. Dans les troubles de la communication, le déficit est verbal et non verbal. L'enfant est dans l'incapacité de se mettre en lien avec son environnement, que ce soit d'un point de vue expressif ou réceptif.

L'enfant qui a un trouble du langage oral n'oralise pas correctement, ses productions sont absentes ou inintelligibles, ses phrases sont agrammatiques, dysyntaxiques et très réduites. Il est difficile pour l'interlocuteur de le comprendre. L'échange avec ses pairs peut être compliqué car il n'arrive pas à exprimer ce qu'il veut. Cependant, il reste un interlocuteur actif. Il peut mettre des moyens de compensation en place et il communique et s'exprime à sa façon.

L'enfant qui a un trouble de la communication en revanche n'est pas en contact avec l'autre. L'aspect pragmatique est perturbé, le regard peut être fuyant, les précurseurs de la communication ne sont pas mis en place et l'échange est entravé. La relation avec ses pairs est plus difficile et ce comportement peut désespérer la personne qui est en face, que ce soit les autres enfants, les AESH, enseignants ou ATSEM.

Selon le DSM IV, les troubles du langage sont singuliers et indépendants de toute autre pathologie. Le DSM-5 introduit le terme de trouble de la communication sociale. Il concerne les personnes limitées dans leurs interactions sociales, ayant des difficultés de communication verbale et non verbale et ne manifestant pas de stéréotypies ou comportements répétitifs spécifiques au trouble du spectre autistique. Ces personnes ont une pragmatique déficitaire, des difficultés à s'adapter aux situations, à comprendre l'implicite et les inférences. Seulement selon cette classification, les symptômes ne

peuvent pas s'expliquer par une atteinte neurologique, une déficience intellectuelle, un retard global.

Les classifications imposent de nombreux critères d'inclusion et d'exclusion. La réalité est en général tout autre et la frontière est fine entre les troubles langagiers et les troubles de la communication. Il est parfois impossible de savoir lequel découle de l'autre (Danon-Boileau, 2011).

Il est également essentiel de rappeler que la compréhension et l'expression sont deux notions distinctes, même si l'une et l'autre peuvent être corrélées. L'enfant peut avoir des troubles langagiers ou communicationnels et comprendre tout ce qui lui est dit.

Ce sont les jeunes enfants ayant peu ou pas de langage oral qui constituent l'objet de cette recherche pour ne pas faire l'amalgame entre ces termes. Certains enfants ne parlent pas à la rentrée en maternelle mais ce n'est pas pour cela qu'ils ne communiquent pas. En effet ils peuvent compenser par une communication non verbale, des gestes, des mimes. D'autres ne compensent pas et à leur trouble langagier se combine un trouble de la communication. D'autres encore disent quelques sons, quelques mots, mais sans mettre de sens dessus. L'écart avec les enfants de leur âge peut alors se creuser rapidement.

### 3. Le langage oral à l'école maternelle

---

L'école maternelle inclue la petite, la moyenne et la grande section. Les enfants accueillis ont entre trois à six ans. Ils peuvent être scolarisés dès deux ans s'ils sont prêts psychologiquement et physiquement.

#### 3.1. Les objectifs de l'école maternelle

La mission principale de la maternelle est de donner envie à l'enfant d'apprendre et de lui permettre de s'épanouir. Elle permet de faire une passerelle entre la famille et l'école. L'enfant apprend par le jeu, il expérimente et s'habitue à vivre en communauté, à construire son identité.

Plusieurs domaines sont mis à l'honneur lors de la rentrée 2015 : agir, comprendre, s'exprimer à travers une activité physique ou artistique, explorer le monde, structurer sa pensée. Le domaine principal consiste à mobiliser le langage dans toutes ses dimensions, tout en développant la conscience phonologique pour rentrer plus facilement dans l'écrit (Vallaud-Belkacem, 2015).

Ainsi, le langage oral a une place prépondérante durant les premières années de la scolarisation. De nombreuses histoires sont lues, les échanges verbaux s'organisent, le dialogue est possible (Delahaie, 2009). L'écart entre les enfants s'accroît rapidement au niveau linguistique, l'enfant sans langage oral peut être en difficulté et ne pas se sentir à sa place. Les objectifs pédagogiques sont en décalage avec ses capacités et ses besoins. Les enseignants doivent accepter de les réévaluer et adapter leurs attentes en fonction de chacun.

### 3.2. Le langage oral de l'enfant en maternelle

Entre deux et six ans, le langage de l'enfant évolue rapidement. Le tableau synoptique du développement langagier, psychomoteur, psychoaffectif et intellectuel de l'enfant permet d'avoir quelques repères du développement que l'on peut attendre chez l'enfant ordinaire (Brin-Henry, Courrier, Lederlé & Masy, 2011) :

- L'enfant de deux à trois ans n'utilise pas encore le « je », il fait des phrases très courtes mais de plus en plus construites, avec des verbes et des adjectifs. Il converse avec ses jouets et peut jouer avec les autres. C'est à cet âge qu'apparaît la fonction symbolique. Au niveau de la compréhension, quelques locutions temporelles et spatiales sont comprises ainsi que les ordres complexes.
- L'enfant de trois à quatre ans a un lexique de 400 à 900 mots. Il peut faire des phrases de six mots, parler de ce qu'il fait, utiliser différents pronoms et se nommer. Sa compréhension s'affine, notamment au niveau des termes spatio-temporels et des questions ouvertes.
- L'enfant de quatre à cinq ans produit des phrases correctement conjuguées, peut jouer avec les mots. Au niveau pragmatique, il s'adapte à l'interlocuteur. La fonction symbolique s'affine avec les imitations différées et les jeux de faire semblant. La pensée égocentrique prime encore.
- L'enfant de cinq à six ans produit des phrases de plus en plus complexes, coordonne ses idées. La période symbolique s'atténue pour laisser place aux opérations concrètes. Il comprend tous les mots et développe sa conscience phonologique. Il commence à s'intéresser à l'écrit.

L'enfant ayant peu ou pas de langage oral est vite en décalage avec ses pairs et l'écart s'accroît au fil des mois. Il ne peut s'exprimer oralement pour diverses raisons, selon son handicap. Certains enfants sont déroutants par leur silence. A l'entrée en maternelle, il n'y a pas toujours d'explication aux difficultés de langage et un diagnostic n'est pas forcément posé. Mais qui sont ces enfants et d'où viennent leurs difficultés d'oralisation ?

## 4. Les enfants ayant peu ou pas de langage oral

---

« Le signe le plus net d'un trouble de communication chez un enfant, c'est le malaise qu'il induit chez l'adulte qui le regarde » (Danon-Boileau, p.42, 2002).

Différents troubles sont distingués pour parler des enfants sans langage oral. Les troubles primaires, troubles purs du langage et les retards simples de langage seront abordés brièvement en deuxième et troisième partie. Les troubles langagiers secondaires découlent de différents handicaps, ce sont eux qui font l'objet premier de ce travail de recherche. Cependant il peut être difficile de savoir d'où proviennent les difficultés de l'enfant, le diagnostic n'est pas toujours posé dès la maternelle et peut être long à établir. Il semble important d'avoir en tête les différentes pathologies pouvant se traduire par l'absence du langage oral.

## 4.1. Des handicaps provoquent un trouble langagier secondaire:

### 4.1.1. Les enfants déficients intellectuels ont des troubles langagiers variés

- **Description**

La déficience intellectuelle se définit par des limitations significatives sur le plan intellectuel et une limitation du fonctionnement adaptatif. L'apparition des symptômes se fait avant 18 ans (Klinger-Delarge, 2013). Le degré de sévérité de la déficience est variable, il est décrit de manière psychométrique, à travers le quotient intellectuel, ou opératoire, à travers les stades piagétiens (Aguado & Narbona, 2007).

- **Etiologies**

Selon Arguado et Narbona (2007), l'étiologie est souvent inconnue. Elle peut être acquise avant, pendant ou après la naissance. Les causes de la déficience sont multiples, plus de 400 sont répertoriées : syndromes génétiques, maladies métaboliques héréditaires, traumatismes, carences, alcoolisme foetal, infections néonatales...

Pour Rondal (2009), il est essentiel de connaître l'étiologie du trouble car le fonctionnement cognitif et les troubles linguistiques dépendent fortement de la neurogénèse.

- **Conséquences sur le langage et la communication**

La déficience intellectuelle est la cause majoritaire des troubles secondaires du langage. La compréhension et l'expression sont touchées. Le trouble du langage oral peut être massif et plus important que le déficit d'autres fonctions cognitives (Billard, 2007).

Le développement du langage chez l'enfant déficient intellectuel passe par les mêmes étapes que pour l'enfant tout venant. Les mécanismes de base sont identiques mais la chronologie est retardée, des différences de développement existent. Rondal (cité par Arguado & Narbona, 2007) souligne que les premières productions vocales sont identiques à celles du bébé non déficient, alors que les précurseurs de la communication comme les sourires, les contacts visuels sont souvent décalés dans le temps. De plus, les différents composants de la langue (phonèmes, lexique, syntaxe, pragmatique) étant indépendants, un aspect peut être touché alors que les autres fonctionnent normalement.

Rondal (2001) reprend schématiquement les troubles du langage selon le degré de la déficience. Selon lui, lors d'une déficience légère (QI de 49 à 70), les troubles sont légers et correspondent surtout à un retard de développement. Lors d'une déficience modérée à profonde (QI inférieur à 49), les troubles sont massifs. Le langage est presque absent, inintelligible, les seules phrases produites sont des expressions idiomatiques passe-partout. La compréhension est généralement supérieure à la production. La compréhension au niveau du mot est meilleure que la compréhension syntaxique, la mémoire à court terme étant souvent déficitaire. De plus, les enfants déficients peuvent avoir une mauvaise articulation et un débit altéré (Warren & Abbeduto, cités par Arguado & Narbona, 2007).

Selon Piérart (2003), des différences inter syndromiques témoignent d'organisations psychologiques et neurologiques distinctes. Les compétences langagières sont différentes, même avec un niveau mental semblable. En effet, les études relevées par Arguado et Narbona (2007) et celles de Rondal<sup>10</sup> (2001, 2009) précisent ces différences :

- Le langage dans le syndrome de Down est composé d'un lexique pauvre, la phonologie est déficitaire, la combinaison de mots se fait vers l'âge de quatre-cinq ans. La compréhension morphosyntaxique et la mémoire à court terme sont altérées. L'aspect pragmatique est correct et en lien avec le niveau intellectuel.
- Dans le syndrome de l'X fragile, le retard de l'acquisition langagière est nettement plus important que la déficience. La phonologie, la pragmatique, le discours sont atteints, le débit de parole est très rapide. Le lexique est correct. Les difficultés sont plus importantes chez les garçons que chez les filles.
- Dans le syndrome de Klinefelter, la phonologie, la morphosyntaxe et le lexique font défaut, la prosodie est altérée et le développement langagier retardé.
- Dans le syndrome de Williams, le langage est caractérisé par un déficit sémantique-pragmatique. Le langage est construit, le lexique est riche, la prosodie respectée mais la compréhension est faible et le discours inadapté. L'enfant est souvent désinhibé, la pragmatique est déficitaire.
- Dans le syndrome d'Angelman, la déficience est sévère à profonde. Le développement du langage oral est très retardé, le lexique se développe peu et tardivement. L'apraxie verbale est fréquente.
- Dans le syndrome de Prader-Willi les troubles varient. La déficience peut être légère à sévère. Un déficit de la fluence et de la syntaxe est courant. La parole

---

<sup>10</sup> Tableau de représentation langagière des différences intersyndromiques pour 12 syndromes génétiques du handicap mental, élaboré par Rondal, visible en Annexe 4.

est inintelligible avec des troubles articulatoires, un nasonnement. La pragmatique est perturbée.

De nombreux autres syndromes sont détaillés dans la littérature, les plus courants seulement sont abordés ici. Ce bref aperçu permet de prendre conscience des différences inter syndromiques et de l'importance de décrire séparément les différents aspects langagiers. L'accompagnement est automatiquement à adapter selon l'atteinte génétique et le type de trouble qu'a l'enfant. Les professionnels concernés doivent informer les enseignants, ATSEM et AESH de ces différentes notions pour les aider à bien accompagner l'enfant.

- **Troubles associés**

Nader-Grosbois (2014) reprend diverses études s'intéressant aux différences d'acquisition des stades piagétien entre enfants tout-venant et enfants retardés mentaux. Les résultats relèvent que la progression est relativement semblable, la différence essentielle étant que celle-ci est plus lente et certains comportements intermédiaires peuvent apparaître chez les enfants déficients. De plus, la consolidation des acquisitions cognitives est plus compliquée, les transitions entre les stades plus longues et des régressions sont parfois observables. Cette auteur cite Zazzo comme le premier auteur à parler d'hétérochronie. Le développement des enfants retardés est disharmonieux, avec des points forts et des points faibles dans différents domaines. Cette hétérochronie dépend des décalages existant entre leurs capacités cognitives, sociales et motrices.

Au niveau comportemental et pragmatique, les enfants déficients peuvent être rigides et avoir des difficultés à s'adapter, à comprendre différents actes de parole (Abbeduto & co. cités par Arguado & Narbona, 2007). Les troubles du sommeil et de l'alimentation sont fréquents dans certaines pathologies (Rondal, 2009).

Au niveau sensoriel, Rigrodsky (cité par Rondal, 2001) relève un taux important de déficients auditifs chez les enfants porteurs de trisomie. Rondal (2009) met également en évidence des troubles visuels, des troubles cardiovasculaires, rénaux selon les syndromes.

#### 4.1.2. Les enfants Infirmes Moteurs Cérébraux ont des difficultés langagières liées à leurs troubles moteurs

- **Description**

Selon Tardieu (cité par Sylvestre, 2001, p.253), « l'infirmité motrice cérébrale (IMC) désigne un état pathologique lié à des séquelles de lésions cérébrales pré, péri ou post-natales non évolutives avec une prédominance de troubles moteurs spécifiques, sans déficit intellectuel majeur ». Les troubles liés à ces lésions sont variables et dépendent de leurs localisations (Guidetti & Tourette, 2004). Les IMC et les infirmités motrices d'origine cérébrale (IMOC) se regroupent dans la catégorie des paralysies cérébrales. Le terme d'IMOC met en évidence des troubles mixtes, moteurs et psychiques (Truscelli, 2007).

Plusieurs formes de troubles moteurs sont distinguées et peuvent se retrouver chez un même enfant (Guidetti & Tourette, 2004) :

- L'enfant spastique souffre d'hyper contractions et spasmes. Le tonus musculaire est inadéquat, les muscles antagonistes se contractent alors qu'ils devraient se relâcher. Les organes supérieurs, et notamment phonatoires sont principalement touchés, l'oralisation est entravée.

- L'enfant athétosique a des difficultés à coordonner et gérer ses mouvements. Il a un mauvais contrôle de sa langue et de la face entraînant du bavage.
  
- L'enfant ataxique coordonne difficilement ses membres et peut souffrir de tremblements et rigidité. L'équilibre est perturbé ainsi que la directionnalité des mouvements.

- **Etiologies**

La prématurité et la souffrance fœtale à la naissance sont les principales causes des IMC (Guidetti & Tourette, 2004).

- **Conséquences sur le langage et la communication**

L'efficiences mentale, l'environnement, l'atteinte cérébrale et le côté psychologique sont à prendre en compte lorsque l'on considère les troubles du langage de l'enfant IMC (Leroy-Malherbe, 2002).

De plus, le handicap moteur peut entraîner des troubles du langage mais l'importance des troubles moteurs n'est pas prédictive des capacités langagières et de l'efficiences intellectuelle.

Les difficultés praxiques, notamment au niveau bucco-facial, perturbent l'intelligibilité et on peut observer une dysarthrie. Selon Truscelli (2007), la dysarthrie ajoute au handicap moteur de l'enfant un handicap social, l'interlocuteur devant constamment s'adapter et déchiffrer le message de l'enfant.

Le contrôle de la langue, des lèvres, du souffle sont difficiles, l'agilité et la rapidité des mouvements nécessaires à la phonation sont entravées. L'articulation, le fonctionnement laryngo-respiratoire et les praxies sont déficitaires (Truscelli, 2007).

Guidetti et Tourette (2004) mettent en évidence des troubles du rythme de la parole, de la hauteur de voix lorsque l'enfant peut parler. En outre, les enfants souffrant d'athétose ont plus de difficultés que ceux ayant des troubles spastiques, ils sont inintelligibles alors que leurs capacités langagières intellectuelles sont relativement préservées (Truscelli, 2007). Le développement phonologique se fait également en décalage dans le temps.

- **Troubles associés**

Les compétences cognitives peuvent être affectées à différents degrés (Guidetti & Tourette, 2004). Selon Truscelli (2007), la planification du mouvement est effective chez le sujet athétosique mais la mémoire et les gnosies sont déficitaires.

Au niveau médical, les enfants IMC sont souvent sujets aux crises d'épilepsie (Guidetti & Tourette, 2004).

Guidetti et Tourette (2004) relèvent aussi la présence de troubles instrumentaux, de déficits sensoriels et sensitifs. 25 % de ces enfants ont des troubles auditifs, le développement du langage est donc entravé. En outre, les difficultés visuelles, comme le strabisme, le nystagmus vont mettre à mal les précurseurs de la communication comme le contact visuel, le pointage mais aussi les moyens de communication alternatifs proposés par la suite.

L'accompagnement de ces enfants est spécifique, les intervenants doivent prendre en compte de nombreux aspects pour ajuster leur comportement. L'échange entre les professionnels est encore une fois indispensable.

#### 4.1.3. La surdité, quel que soit son niveau, a un impact sur le langage oral

- **Description**

La surdité se définit en fonction de son étiologie, sa date d'apparition et du niveau de la perte auditive. La déficience auditive peut être légère (- 20 à 40 dB), moyenne (- 40 à 70 dB), sévère (- 70 à 90 dB), profonde (- 90 à 120 dB) ou totale (- 120 dB).

Les répercussions sur le langage dépendent du niveau de surdité et de la date d'apparition de la déficience auditive. La surdité peut être prélinguale (avant deux ans), périlinguale (entre deux et quatre ans) ou postlinguale (après quatre ans) (Guidetti & Tourette, 2004).

Trois types de surdité sont distingués en fonction de la localisation de l'atteinte :

- La surdité de perception : l'oreille interne ou les voies nerveuses sont atteintes. Les fréquences aiguës sont les plus affectées.
- La surdité de transmission, l'oreille moyenne ou externe est atteinte. Les fréquences graves sont les plus entravées.
- La surdité mixte associe ces deux types de surdité.

- **Etiologies**

Guidetti et Tourette (2004) mettent en évidence la multitude de causes possibles des surdités. La déficience auditive peut être génétique, elle peut être la conséquence d'infections prénatales, néonatales ou postnatales, comme la méningite, les oreillons, les otites. La surdité peut également survenir suite à un traumatisme. Parfois, l'étiologie n'est pas identifiée.

- **Conséquences sur le langage et la communication**

Les difficultés langagières varient selon le niveau de surdité et les remédiations mises en place.

Selon Guidetti et Tourette (2004), lors d'une perte auditive légère, le langage et la communication sont fonctionnels et les perturbations sont peu significatives. Lors d'une perte auditive moyenne, on observe un trouble d'articulation et un retard de langage, la voix est perçue seulement à forte intensité, le timbre et la mélodie sont mal contrôlés. Lors d'une perte auditive sévère à profonde, le langage ne peut être acquis naturellement, sans appareillage. Les premiers phonèmes et le vocabulaire sont acquis plus tardivement si la communication bimodale n'est pas instaurée.

Pour Vinter (2001), les prothèses auditives permettent une meilleure audition mais ne permettent pas de récupérer une audition dite normale. Les vibrateurs sont bénéfiques à l'enfant, mais les seuils atteints sont en dessous de la zone conversationnelle, le développement langagier est encore limité.

L'appétence de l'enfant au langage, sa capacité à comprendre et produire des gestes, lire sur les lèvres sont des prédicteurs de l'acquisition du langage. L'enfant sourd peut développer plusieurs moyens de communication. Le langage oral est

possible avec l'utilisation de prothèses auditives, les restes auditifs de l'enfant, la compensation avec la lecture labiale. Le langage des signes est une langue en soi, avec sa propre grammaire, sa syntaxe et permet de communiquer entre sourds ou avec les entendants le pratiquant. Le droit à l'éducation bilingue s'inscrit dans la loi depuis 1991 et l'orientation de l'enfant, sa scolarisation dépend du choix des parents sur la ou les modalités choisie(s) (Guidetti & Tourette, 2004).

Vinter (2001) relève qu'une idée reçue prédomine encore de nos jours. On parle de personnes sourdes-muettes. Or les personnes déficientes auditives ne sont pas muettes, elles peuvent parler. Lorsqu'elles sont mutiques, c'est en général que la surdité est totale ou qu'elle n'a pas été prise en charge assez précocement. Là encore l'orthophoniste se doit d'informer et prévenir les autres professionnels.

- **Troubles associés**

Les troubles associés sont majoritairement comportementaux. L'enfant semble être dans son monde, ne pas interagir avec les autres. Il est souvent pris pour un enfant déficient ou autiste. La surdité empêche l'enfant sourd de bien comprendre le monde environnant et le fait se sentir en insécurité, il développe alors parfois des troubles du comportement, de l'agressivité (Guidetti & Tourette, 2004).

#### 4.1.4. Les troubles envahissants du développement entravent la communication

- **Description**

Les troubles envahissants du développement (TED) regroupent « l'ensemble de syndromes décrivant des troubles sévères et précoces, caractérisés par des retards et des déviations dans le développement de la communication, des interactions sociales et parfois des habilités cognitives » (Brin-Henry, Courrier, Lederlé, Masy, 2011, p.290). Il inclue l'autisme, les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le syndrome désintégratif, le syndrome de Rett et les troubles envahissants du développement non spécifiés.

Les TED sont caractérisés par trois principaux troubles: trouble des relations sociales, de la communication et des conduites. Ils sont souvent accompagnés d'un retard intellectuel. Le langage peut être absent ou déviant (Delahaie, 2009).

- **Etiologie**

Selon Rapin (2007), l'étiologie des troubles autistiques reste inconnue dans la majorité des cas. La cause la plus évoquée est un défaut de maturation cérébrale suite à un déficit génétique ou à une infection anté ou postnatale.

- **Conséquences sur le langage et la communication**

Les troubles du langage sont variés. L'évolution du langage dépend de la forme du trouble, du niveau cognitif de l'enfant. L'enfant peut rester sans langage, ou avoir un niveau syntaxique et phonologique correct donnant une bonne impression alors que la pragmatique et la sémantique restent généralement déficitaires. Le langage se

développe en décalage par rapport à un enfant tout venant, sauf chez les autistes Asperger.

Rapin (2007) décrit différents troubles possibles :

- La surdité verbale : l'enfant ne peut décoder le langage. Il communique au minimum, en dirigeant l'adulte où il le souhaite pour satisfaire certains besoins. Le langage est inexistant ou très pauvre, marqué de déficits phonologiques importants. La modalité visuelle prime, en expression et en réception.
  
- Le syndrome de d ficiance phonologique syntaxique : la compréhension est meilleure que l'expression mais elle est altérée. Le langage est très restreint, agrammatical, dyssyntaxique. L'intelligibilité est réduite.
  
- Le syndrome de déficit sémantique-pragmatique : la mémoire verbale est très performante. L'enfant est écholalique, logorrhéique mais le discours est souvent inadapté. Le langage n'est pas utilisé comme un outil pour interagir.
  
- Le syndrome de déficit lexical-syntaxique : le langage est inintelligible et pauvre au début. Il peut s'améliorer sans toutefois devenir complexe. La compréhension de phrases complexes est déficitaire.

La principale caractéristique différenciant l'enfant autiste d'un enfant ayant un trouble pur du langage est le défaut de la pragmatique et de la communication non verbale. Les gestes conventionnels, le pointage, le contact visuel ne sont pas présents. De plus, de nombreux autistes sont  cholaliques. Les  cholalies immédiates et différées traduisent un déficit au niveau réceptif, la mémoire verbale est performante mais aucun sens n'est mis sur la production.

Le retard ou l'absence de langage est souvent le premier symptôme évoqué par les parents. Mais le diagnostic différentiel avec une déficience intellectuelle ou une dysphasie n'est pas toujours évident à établir (Rapin, 2007).

- **Troubles associés**

La majorité des enfants autistes ont une déficience intellectuelle. Rapin (2007) met en évidence une dysharmonie des compétences chez ces enfants. Ils peuvent être très performants dans un domaine spécifique mais leur niveau verbal est faible par rapport à leurs performances générales. La compréhension est souvent littérale, les termes ne sont pas généralisés mais sont utilisés ou compris pour un référent unique (Danon-Boileau, 2011).

Au niveau comportemental, Rapin (2007) relève une symptomatologie variée. Les troubles de l'interaction sociale prédominent. L'enfant a le regard vide, ne réagit pas aux sollicitations. De plus il ne s'intéresse pas aux jeux de faire semblant et peut avoir des activités répétitives. Les stéréotypées sont un signe évoquant les troubles autistiques, ces enfants font des gestes répétitifs leur apportant des stimulations sensorielles. Selon Charman (cité par Rapin, 2007), l'attention conjointe est quasiment impossible à instaurer avec ces enfants, leur attention peut être limitée à une même action ou ne peut être maintenue.

La théorie de l'esprit est mise à mal chez l'enfant autiste. Il ne peut pas se mettre à la place de l'autre et a des difficultés à comprendre les émotions et les états d'âme de l'interlocuteur. Des études relevées par Rapin (2007) expliquent l'absence de la théorie de l'esprit par le fait que l'enfant autiste ait une mauvaise reconnaissance des visages, un trouble de la sensibilité aux mimiques et au timbre de la voix. La communication est donc perturbée.

Au niveau sensoriel, Mottron et coll. (cités par Rapin, 2007) souligne un défaut de sensibilité se retrouvant souvent chez ces enfants. Ils peuvent être hypo ou hypersensibles aux bruits, aux stimulations tactiles, visuelles, aux goûts et à l'odorat. L'oralité alimentaire est souvent perturbée.

## 4.2. Des troubles sont spécifiques au langage oral :

### 4.2.1. Les dysphasies sont des troubles spécifiques du langage

Les enfants dysphasiques ont un handicap cognitif et peuvent être inscrits à la MDPH. Le handicap est spécifique au langage. Leur description sera brève ici, ils ne font pas l'objet premier de ce mémoire de recherche.

- **Description**

Selon le DSM-IV (cité par Chevrie-Muller, 2007, p.362), les troubles spécifiques du développement du langage sont définis par des critères d'exclusions, ils concernent « toute apparition retardée et tout développement ralenti du langage qui ne peuvent être mis en relation avec un déficit sensoriel, avec des troubles moteurs des organes de la parole, avec une déficience mentale, avec des troubles psychopathologiques, avec une déprivation socioaffective grave, avec une lésion cérébrale évidente ».

Ce sont des troubles durables, sévères et spécifiques du langage oral. Ces troubles ne sont pas diagnostiqués dès l'entrée en maternelle, il faut parfois attendre l'âge de 5 ans pour les différencier d'un retard de langage (Billard, 2007).

- **Etiologie**

Les travaux recensés par Chevrie-Muller (2007) sont en faveur d'une origine génétique entraînant des anomalies cérébrales.

- **Conséquences sur le langage et la communication**

Rapin et Allen (cités par Chevrie-Muller, 2007) établissent une classification sémiologique des troubles spécifiques du langage :

- La dyspraxie verbale : l'expression est quasiment impossible, inintelligible mais la compréhension est intacte.
- Le trouble de la programmation phonologique : l'intelligibilité est réduite mais la parole est fluente et la compréhension normale.
- Le déficit phonologico-syntaxique : le trouble est mixte. L'articulation, la fluence, la syntaxe sont altérées, la compréhension est déficitaire.
- L'agnosie auditivo-verbale : la production est très réduite, l'articulation est déficitaire et la compréhension est très déficiente, voire impossible.
- Le déficit sémantico-pragmatique : la parole est intelligible, la syntaxe correcte. L'enfant peut être logorrhéique et avoir un discours inadapté. La compréhension de phrases complexes est déficitaire.
- Le déficit lexico-syntaxique : la parole est fluente mais un trouble d'évocation un agrammatisme, une dysyntaxie empêchent la production d'énoncés complexes. La production de phrases complexes est également chutée.

Cette classification est similaire à celle utilisée pour décrire les troubles langagiers des enfants TED. Seulement, les enfants dysphasiques n'ont pas de trouble de la communication. Ils souhaitent interagir et compensent leurs difficultés langagières par des aides gestuelles, des mimiques.

- **Troubles associés**

Selon Chevrie-Muller (2007), certains enfants dysphasiques ont un traitement cognitif plus lent, une mémoire de travail déficitaire, une attention plus labile. Ces divers troubles ne sont pas corrélés avec la gravité du trouble langagier et ne sont pas systématiques mais ils sont à prendre en compte lors d'une prise en charge.

L'enfant dysphasique peut développer des troubles du comportement quand il a des difficultés à comprendre son environnement ou à se faire comprendre.

#### 4.2.2. L'aphasie de l'enfant est un trouble pur du langage acquis

- **Description**

Selon Van Hout (2007, p.422), « l'aphasie représente une détérioration du langage consécutive à une lésion cérébrale acquise ». Ce terme est utilisé si la détérioration intervient après la deuxième année de l'enfant, quand le langage a commencé à se développer. L'aphasie est peu fréquente chez l'enfant.

- **Etiologies**

Les aphasies peuvent être dues à une lésion d'origine vasculaire, une infection bactérienne ou virale, une tumeur cérébrale, un traumatisme crânien, une lésion sous-corticale (Van Hout, 2007).

- **Conséquences sur le langage et la communication**

Pour Van Hout (2007), l'aphasie de l'enfant est différente de celle de l'adulte. La forme de l'aphasie ne dépend pas de la localisation de la lésion, les troubles sont plus légers et quasiment toujours identiques.

Certains auteurs cités par Van Hout (2007, p.424) parlent « d'une régression vers des stades antérieurs de l'acquisition normale du langage ». Les troubles les plus courants sont le mutisme, l'hypo spontanéité verbale, les troubles articulatoires et l'agrammatisme.

#### 4.2.3. Le retard simple de langage est un trouble langagier qui disparaît avec le temps

Le retard simple de langage est un trouble spécifique de l'évolution du langage oral. Il est bénin et disparaît entre trois et cinq ans avec une prise en charge adaptée. Deux troubles sont distingués (Delahaie, 2009).

Les retards de parole concernent des erreurs au niveau phonologique, l'articulation est fonctionnelle mais certaines productions sont altérées, des syllabes sont inversées.

Les retards de langage concernent des erreurs phonologiques et syntaxiques. Les erreurs grammaticales sont courantes, les flexions nominales, verbales peuvent être absentes.

Le trouble est plus ou moins sévère. Les acquisitions sont retardées mais le trouble ne perdure pas et le langage devient vite fonctionnel.

Lors de l'entrée en maternelle, l'enfant peut ne pas parler ou être inintelligible ce qui peut inquiéter. Le diagnostic peut prendre du temps car il ne faut pas passer à côté d'une pathologie citée précédemment. L'enfant ayant un retard de langage ou de parole n'a pas de trouble de la communication associé mais au contraire est souvent sociable et actif dans les échanges.

Ainsi, de nombreuses pathologies entraînent des troubles langagiers et/ou communicationnels. Le diagnostic n'est pas souvent posé dès l'entrée en maternelle et les diagnostics différentiels permettent de faire la différence entre plusieurs troubles possibles avec le temps.

Dans ce mémoire de recherche, ce sont les troubles langagiers secondaires qui nous intéressent. Des troubles cognitifs, sensoriels, moteurs y sont associés et rendent l'accueil de ces enfants plus difficile. La communication peut également être entravée. Chaque enfant est unique et sa prise en charge doit être adaptée. Il semble donc important d'avoir en tête des points de repères sur le développement langagier, et notamment sur les précurseurs de la communication pour savoir où se situe l'enfant et l'aider à interagir selon son niveau.

## 5. Les précurseurs de la communication

---

« Quand l'araignée souhaite quitter le plafond pour descendre par terre, elle ne se jette pas du plafond, elle tisse des liens grâce auxquels, tout doucement, elle descend du plafond vers le sol » (Golse, 2010, p.11).

Le langage se bâtit progressivement. L'enfant apprend à parler en intégrant au fur et à mesure de nouvelles notions essentielles. Les précurseurs de la communication sont présents en période pré linguistique, avant que le langage verbal se mette en place et ils présentent des points communs avec celui-ci (Sugarman, cité par Therond, 2010). Nader-Grosbois (2014) différencie les précurseurs et les prérequis. Ces derniers sous-entendent le passage indispensable par ces étapes, or ce n'est pas toujours le cas.

Le développement du langage oral est étudié d'un point de vue pragmatique et non phonologique et lexical dans ce travail de recherche. C'est en effet sur ces points de repère que l'on va s'appuyer pour faire émerger chez l'enfant l'appétence à la communication. Ces comportements sont facilement observables, les enseignants et différents intervenants peuvent y être attentifs chez les enfants de maternelle.

Le modèle psycholinguistique tridimensionnel de Blomm & Lahey (cités par Théron, 2014) reprend plusieurs courants : linguistique, cognitif et socio-interactionniste. Pour eux, ces trois pôles interagissent et le langage se forme à travers les précurseurs formels, pragmatiques et sémantiques.

## 5.1. Les précurseurs formels sont relatifs à la forme du langage

### 5.1.1. Les sourires et les rires sont des signes sociaux primitifs

Le sourire du bébé instaure les premiers attachements, facilite les interactions et permet de maintenir le contact (Mendes, Seidl-de-Moura, Oliveira-Siqueira, 2009). Selon une étude de Cicchetti et Sroufe (cités par Nader-Grosbois, 2014), l'intensité des sourires et des rires est plus faible chez les enfants trisomiques. Le manque de sourires déstabilise les interlocuteurs et peut même les désengager dans l'échange.

### 5.1.2. Les gestes conventionnés et déictiques sont présents très tôt

Le jeune enfant a des capacités communicatives avant même de pouvoir parler. Il utilise des gestes conventionnés, adapte ses mimiques à ses émotions. Ces gestes ne disparaissent pas lors des premiers mots mais évoluent avec l'entrée dans le langage. Ils sont considérés comme essentiels pour l'acquisition de la parole (Colleta & Batista, 2010). Goldin-Meadow et Butcher (cités par Colleta & Batista, 2010) constatent que les enfants utilisent différentes combinaisons gestes-mots. Les enfants s'entraînent à produire des énoncés en associant un geste et un mot complémentaire, précisant l'information, ou un geste et un mot supplémentaire, rajoutant une information. Ces combinaisons exercent l'enfant à associer avant de pouvoir oraliser. Elles précèdent la production d'une syntaxe linguistique. Danon-Boileau (2002) souligne l'importance de prendre en considération les mimiques produites et comprises par l'enfant. Elles inscrivent l'enfant dans la communication affective.

### 5.1.3. L'imitation permet d'acquérir de nouvelles compétences communicatives

L'imitation se développe dès les deux premières années du bébé, elle permet la construction d'images mentales (Brin-Henry, Courrier, Lederlé, Masy, 2011) et le développement phonologique et lexical (Nguyen, Delvaux, 2015). Elle stimule les échanges et a une valeur acquisitive et communicative. L'enfant s'empare de ce qui lui est proposé, il peut l'intégrer puis l'imiter de manière différée. Nadel (2005) utilise le terme de « langage sans mot ». En effet, lors de l'imitation, il y a un imité et un imitateur avec une synchronisation entre les deux interlocuteurs et la mise en place d'alternance des tours de rôle.

Brun Gasca et al. (cités par Rondal, 2009) mettent en évidence le défaut d'imitation vocale chez les enfants ayant le syndrome d'Angelman. De même, selon Berger et Cunningham (cités par Nader Grosbois, 2014), l'imitation de gestes et de sons est plus compliquée chez les enfants trisomiques et déficients intellectuels, ainsi que l'imitation sur demande, hors contexte. Elle sert difficilement d'appui à l'émergence du langage oral. En revanche, pour l'enfant autiste, l'imitation est un bon moyen d'accroche, elle permet d'instaurer une relation et de stimuler des zones cognitives (Denni-Krichel, 2010).

En maternelle, les interactions entre les enfants sont nombreuses et beaucoup d'enfants jouent par imitation, s'observent et se copient pour s'amuser et pour apprendre. Qu'en est-il de ces enfants ayant peu ou pas de langage oral, s'inscrivent-ils de la même manière dans les échanges ?

## 5.2. Les précurseurs pragmatiques sont relatifs à l'utilisation de la langue

### 5.2.1. Le regard instaure un lien affectif

Pour Martel et Leroy-Collombel (2010, p.85), le regard crée un lien affectif et « organise la temporalité des échanges ». Les premiers dialogues sont possibles, dès lors que la mère s'adapte à l'enfant. Dans certaines pathologies, on observe des conduites d'évitement, un regard fuyant qui entravent les premiers échanges.

### 5.2.2. L'accordage affectif ajuste les échanges

L'accordage affectif est essentiel dans l'émergence du langage. La mère s'adapte à l'enfant et la séparation peut se faire progressivement. Cet accordage est souvent difficile à établir avec un enfant handicapé, les attentes des parents ne sont pas comblées et les réponses de l'enfant peuvent être inadaptées. (Crunelle, 2010). Pour Cataix-Negre (2010), le discours des parents est différent avec un enfant différent, les difficultés de l'enfant se répercutent sur ses parents et un cercle vicieux se crée. De même pour les professionnels gravitant autour de l'enfant, la distance n'est pas toujours facile à ajuster. Ainsi, le comportement atypique de l'enfant en situation de handicap peut surprendre et ses réponses inadaptées peuvent mettre en doute les enseignants sur leurs compétences. Les informer de ces comportements permet de les déculpabiliser.

### 5.2.3. L'attention conjointe rassemble vers un référent commun

L'enfant et l'adulte regardent dans la même direction, un objet commun rassemble leur attention. Cette attention conjointe se met en place dès six mois et s'affine vers 12 mois (Scaife & Bruner, cités par Tommen, 2010).

Mais selon Rondal (1996), les enfants déficients mettent plus de temps à acquérir cette capacité, qui peut apparaître vers 18 mois seulement. Nader-Grosbois (2014) relève également différentes études mettant en évidence un déficit du maintien de l'attention conjointe chez les enfants trisomiques, un déficit de cette attention dans un environnement étranger, et un défaut de la mise en place de la communication référentielle. De même, Martel et Leroy-Collombel (2010), Brun Gasca et al. (cités par Rondal, 2009) relèvent des difficultés d'attention commune chez les enfants autistes et chez les enfants ayant le syndrome d'Angelman.

### 5.2.4. Le pointage introduit la coopération dans l'échange

Le pointage digital, proto impératif, permet à l'enfant d'obtenir l'objet qu'il désire en le montrant du doigt. Le pointage assertif, proto déclaratif, apparaît plus tard et permet la dénomination, l'enfant cherche à savoir le nom des objets (Guidetti cité par Tommen, 2010, Bates, cité par Mathiot, 2010). Pour Lszkowski et al. (cités par Mathiot, 2010), le pointage est la base de la coopération et des échanges humains, l'objet pointé permet la création de dialogues. Une triade enfant, objet, interlocuteur se crée, instaurant un partage de l'attention et un référent commun. Schaffer (cité par Nader-Grosbois, 2014) compare le pointage aux productions verbales : ce signe conventionnel indique un objet de l'extérieur et manifeste ainsi l'intention de communiquer. Seulement, le pointage peut être absent ou retardé chez l'enfant en situation de handicap.

Le pointage et l'attention conjointe participent ainsi à la mise en place de formats. Les échanges sont régulés, l'enfant peut comprendre son environnement petit à petit et interagir avec les autres (Bruner, cité par Martel & Leroy-Collombel, 2010).

En maternelle, si les enfants en situation de handicap ne portent pas leur attention sur un référent commun, ils ne peuvent appréhender les mêmes informations que leurs pairs. Il est essentiel d'avoir cette donnée en tête et d'amener l'enfant à rassembler son attention sur un même objet. L'amener à pointer, à diriger son regard, guider ses mains l'aidera à être en lien avec l'autre et à faire du lien avec son environnement.

#### 5.2.5. Les interactions par les jeux permettent à l'enfant de devenir acteur des échanges

Bruner (cité par Nader-Grosbois, 2014) met en évidence que les activités ludiques, les routines, les jeux de coucou-caché permettent l'installation de conventions sociales. L'enfant s'insère dans le jeu puis l'initie petit à petit. Il devient acteur des échanges intègre les règles sociales naturellement. Les jeux sont très présents en maternelle et là encore on peut observer un écart entre les enfants en situation de handicap et les enfants bien portants.

#### 5.2.6. La théorie de l'esprit est fondamentale dans la communication

La théorie de l'esprit permet de comprendre l'autre, de pouvoir se mettre à sa place, imaginer ses intentions. L'attention conjointe et le contact oculaire soutenu sont nécessaires pour attribuer des états mentaux à l'interlocuteur. Les expériences menées par Bursztejn et Gras-Vincendon (2001) montrent que peu d'enfants autistes peuvent se mettre à la place de l'autre, contrairement aux enfants déficients ou trisomiques.

L'enfant en situation de handicap peut être en décalage avec les autres enfants, ne pas prendre en compte leurs intentions. Il peut avoir des gestes déplacés, des comportements inadaptés sans en avoir conscience, sans mettre une intention derrière. Les personnes non sensibilisées au handicap peuvent mal interpréter des comportements qui sont pourtant involontaires. Les professionnels doivent informer là-dessus pour que les enseignants, ATSEM et AESH ne se remettent pas en question et accèdent à une meilleure compréhension du handicap.

### 5.3. Les précurseurs sémantiques sont relatifs au contenu du langage

#### 5.3.1. L'alternance des tours de rôle précède l'alternance des tours de parole

La présence de jeux d'alternance est encourageante. L'enfant qui accepte de renvoyer une balle à l'autre, pourra jouer de la même manière avec le langage. Le respect des tours de rôle, essentiel dans la communication, s'installe progressivement (Danon-Boileau, 2002). L'enfant doit être capable de se détacher de l'autre pour permettre l'installation des tours de rôle, il doit pouvoir être conscient de ses propres limites corporelles. Or, les enfants en situation de handicap ne sont pas toujours conscients de leur propre identité, l'alternance des tours de rôle est difficile à mettre en place.

#### 5.3.2. Le protolangage correspond aux premiers échanges conventionnels

De neuf mois à un an, le jeune enfant ajuste ses vocalisations. Ses intonations évoluent, le rythme s'ajuste pour interagir oralement avec l'adulte (Brin-Henry, Courier, Lederlé, Masy, 2011). Selon Guidetti (2010), le jeune enfant atteint le niveau conventionnel de la communication précoce lorsqu'il se saisit des conventions sociales. Il cherche alors à attirer l'attention de l'adulte par ses productions vocales.

Les enfants handicapés moteurs, déficients auditifs, déficients mentaux ne peuvent pas toujours oraliser ou faire le lien entre leurs productions et la réaction de l'entourage. De plus, dans le syndrome de Down, les productions du bébé et de l'adulte peuvent se chevaucher, le temps de latence nécessaire à l'enfant n'étant pas respecté (Rondal, 2009). Les débuts conversationnels sont donc mis à mal.

Prendre en compte le handicap de l'enfant, lui laisser le temps de latence est essentiel pour instaurer une bonne relation.

### 5.3.3. Les jeux de faire-semblant contribuent à l'élaboration du langage

Ces jeux, mêlant imaginaire et réel, intègrent la capacité d'imaginer mais aussi de parler d'un objet absent. Le langage permet l'enrichissement de ces jeux, il se développe simultanément avec la capacité de faire-semblant (Veneziano, 2010).

Nader Grosbois (2010) observe que les enfants ayant des difficultés de compréhension ont des difficultés à s'inscrire dans des jeux symboliques. De même, selon Deleau (cité par Guidetti & Tourette, 2004) les jeux symboliques sont moins présents chez les enfants déficients auditifs.

### 5.3.4. La manipulation favorise l'émergence du langage

Pour que le langage soit possible, il est nécessaire de développer les compétences à discriminer, opposer, catégoriser. Proposer diverses activités à l'enfant, le faire manipuler lui permet de faire du lien avec le monde extérieur, de développer ses sens. Il se saisit de toutes les régularités et oppositions, il construit des repères dont il se servira pour oraliser ensuite (Van Waeyenberghe, 2010).

En maternelle, la manipulation est très présente, ces activités sont propices au développement langagier. Les enfants en situation de handicap peuvent s'en saisir, en évoluant à leur propre rythme.

Peu d'études traitent des précurseurs de la communication chez les enfants en situation de handicap. Celles-ci se limitent à quelques précurseurs et à des syndromes spécifiques (autisme, trisomie). Classiquement, on peut constater que certains comportements pré linguistiques sont absents, retardés ou non ajustés chez ces enfants mais il est impossible de généraliser sur de simples observations.

Selon Bruner (cité par Nader Grosbois, 2014), l'enfant a des capacités innées essentielles au développement du langage: la compréhension de l'environnement, l'établissement de règles, la sensibilité aux échanges, la systématisation dans l'organisation de l'expérience et l'abstraction de règles.

Cependant, des facteurs extrinsèques comme l'environnement, les interactions, et des facteurs intrinsèques tels que les capacités cognitives, rentrent en jeu et font que chaque enfant évolue à son propre rythme et peut se trouver en difficultés à un moment donné. En outre, ces autres facteurs sont à prendre en compte. Ils influencent le développement du langage et peuvent l'entraver lorsqu'ils sont perturbés.

## 6. D'autres facteurs influencent le développement langagier

---

### 6.1. Un bon axe corporel permet un bon fonctionnement cognitif

Bullinger, de part ses études sur l'équilibre et le développement psychomoteur, met en évidence le lien entre celui-ci et les interactions. Selon lui « l'axe corporel, comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. » (1998, p.34). Un enfant n'ayant pas pleine conscience de son corps, ne peut donc pas s'ouvrir aux autres, ne peut pas être disponible pour des tâches complexes.

De même, Winnicot (cité par Livoir-Peterson, 2010) souligne l'importance du holding. Donner de bons appuis au bébé, l'enrouler est nécessaire pour qu'il puisse explorer, compenser une désorganisation. Olivier, Cuisinier, Vaugoyeau, Nougier et Assaiante (2006) démontrent que le contrôle postural est dépendant de la complexité des tâches proposées et des capacités du sujet. L'adulte ayant automatisé le contrôle de sa posture est totalement disponible à la tâche cognitive, l'enfant lui, doit choisir entre posture ou tâche cognitive. Quand l'enfant n'est pas bien ancré au sol, il n'est pas réellement disponible car le contrôle de sa posture lui requiert trop d'énergie.

Or, Guidetti et Tourette (2004) soulignent que les enfants IMC n'ont pas toujours une bonne conscience de leur corps, le schéma corporel est parfois mal construit, segmenté. De même, dans les TED, les enfants ne se perçoivent pas toujours comme une entité, la régulation tonique est difficile. Se tourner vers l'autre, s'orienter vers un intérêt est alors difficile voire impossible (Livoir-Peterson, 2010).

Les personnes intervenant auprès de l'enfant doivent être informées sur l'importance de bien installer l'enfant, de lui donner de bons appuis au sol pour qu'il puisse s'inscrire dans une activité et dans la relation à l'autre.

## 6.2. L'enfant doit pouvoir maintenir son attention pour apprendre

L'attention est une fonction exécutive essentielle pour apprendre et pouvoir explorer efficacement le monde qui nous entoure. Rondal (2009) relève que peu d'études sont menées sur les troubles attentionnels chez les personnes déficientes mentales. Pour lui, les déficits d'attention, de la perception, du raisonnement et de la mémoire ne sont pas les facteurs principaux d'un mauvais développement langagier mais peuvent y contribuer.

En effet, Harris et al. (cités par Nader Grosbois, 2010) insistent sur le fait que maintenir l'attention plus longtemps sur un objet choisi par un enfant déficient intellectuel le rend disponible pour acquérir de nouvelles capacités langagières.

A l'entrée à l'école, l'enfant doit suivre un rythme précis avec des temps de rassemblement, des temps d'apprentissage autour d'une table, des temps d'histoires, d'échanges... Un enfant qui a des difficultés à se rassembler, se concentrer ne peut pas saisir toutes les informations transmises. En effet, s'il déambule ou ne peut maintenir son attention comme les autres, les apprentissages sont plus difficiles et vont lui demander plus de temps et d'énergie. Lui apprendre à rester attentif à suivre une activité jusqu'au bout est un travail très long mais indispensable.

### 6.3. Une bonne audition est essentielle à un bon développement langagier

Comme vu précédemment dans la partie sur les enfants déficients auditifs, les troubles de l'audition influencent le développement du langage chez le jeune enfant. Ainsi un enfant qui entend mal développe moins la discrimination des sons. Il a plus de difficulté à s'emparer de la langue et à imiter les productions vocales.

Il semble essentiel de s'assurer du bon niveau de l'audition de l'enfant pour adapter son accompagnement et remédier à un déficit si besoin. Or, les enfants ne sont pas systématiquement testés auditivement. Le médecin scolaire teste la perception de l'enfant à la voix chuchotée en moyenne section mais il semble important d'approfondir les investigations à ce niveau-là pour ne pas passer à côté d'un trouble auditif.

### 6.4. La vision joue également un rôle communicationnel

Selon Bouly de Lesdain (2010), les orthoptistes accordent plusieurs fonctions à la vision : la cognition, la motricité et la communication. La coordination œil-main permet d'explorer l'environnement, d'expérimenter, de créer des représentations. Avoir une bonne vue permet de mieux ajuster sa posture et d'être ainsi plus réceptif au monde environnant. La vision a également une fonction sociale, elle permet de capter les messages non verbaux, de mieux comprendre l'interlocuteur. De plus, comme vu précédemment, l'attention conjointe, le regard, l'imitation sont des précurseurs de la communication.

Quand un enfant a des troubles visuels, le contact oculaire est entravé et sa perception du monde est floue. Le médecin scolaire vérifie la vision de l'enfant en petite section en testant la vision de loin et en éliminant un éventuel strabisme. En grande section, il teste la vision de près et la distinction des couleurs. Vérifier la vision de

l'enfant au plus tôt et le rééduquer ou l'appareiller si nécessaire peut lui permettre d'instaurer précocement un lien fiable avec son entourage et d'éviter le sur handicap.

La déficience visuelle n'a pas été citée dans la partie sur les enfants sans langage oral pourtant elle peut entraîner des troubles du langage et de la communication.

#### 6.5. L'oralité alimentaire influe sur l'oralité verbale

Selon Thibault (2015), l'oralité concerne toutes les activités buccales. L'oralité alimentaire et l'oralité verbale sont distinctes mais elles se développent en parallèle. Lors de l'évolution de l'alimentation, les praxies bucco faciales s'affinent, la langue se tonifie permettant la diversification et la spécialisation des productions vocales. Le passage de l'oralité primaire, la succion, à l'oralité secondaire, la cuiller, est une étape essentielle entre la période prélinguistique et la période linguistique.

Les enfants ayant des troubles langagiers ont souvent des antécédents de troubles alimentaires, la prise en charge précoce est donc essentielle pour prévenir ces différents troubles. Guillaume (2014) met en évidence les objectifs de l'orthophoniste lors d'une prise en charge précoce : ne pas se limiter à l'oralité alimentaire mais donner goût à l'enfant d'expérimenter la sphère orale, mettre en jeu tout le corps, désensibiliser différentes zones avant d'approcher la bouche.

De nombreux enfants IMC ou déficients intellectuels souffrent de troubles de l'oralité alimentaire. Ces enfants sont vite écœurés, nauséux, ils sont sujets aux reflux gastriques (Guillaume, 2014). Certains ont vécu leurs premiers mois à l'hôpital, ils étaient nourris par sonde gastrique, ont été intubés. La bouche n'est donc pas représentée comme un vecteur de plaisir et ils ne peuvent pas s'en emparer, que ce soit pour se nourrir ou pour communiquer. De plus, selon Danon-Boileau (2002), pour certains enfants, notamment les TED, la bouche ne sert pas à communiquer. L'enfant

produit des sons car il recherche des sensations. Les vibrations, les bruits produits leur procurent du plaisir et ils réitèrent pour retrouver cette sensorialité.

Les facteurs influençant le développement langagier sont nombreux et l'orthophoniste prenant en charge un enfant sans langage oral doit les prendre en compte, observer l'enfant dans sa globalité pour l'aider à progresser.

## 7. L'orthophoniste prend en charge des enfants en situation de handicap

---

L'orthophoniste prend en charge des enfants en situation de handicap dans plusieurs cadres.

En CAMSP, il accueille des enfants de zéro à six ans. Une équipe pluridisciplinaire suit l'enfant et accompagne sa famille dans l'annonce du diagnostic et l'acceptation du handicap. L'orthophoniste intervient également en SESSAD, il permet à l'enfant de bénéficier de séances individuelles ou en groupe sur le temps de classe, à l'école. Là encore, l'accompagnement est pluridisciplinaire. L'orthophoniste en libéral est aussi amené à prendre en charge des enfants en situation de handicap, en lien avec le CAMSP ou à la demande des parents.

## 7.1. Les orthophonistes peuvent se spécialiser dans le handicap

Avant 2013, les étudiants en orthophonie étaient formés sur quatre ans. Au centre de formation d'orthophonie de Nantes, les trois premières années comprenaient la théorie et 72 demi-journées de stage, la quatrième année était composée essentiellement de stages. 34 modules étaient enseignés sur les quatre ans, dont deux sur la « connaissance du système scolaire, des contenus et des difficultés d'apprentissage ». Dans ce cadre, des enseignants spécialisés et enseignants référents intervenaient pour présenter les spécificités du système scolaire, les adaptations possibles. Un module était consacré aux « rééducations des divers handicaps de l'enfant », deux à la surdité. Des travaux dirigés spécifiques durant la 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> année concernaient l'intervention de l'orthophoniste auprès des enfants autistes, déficients visuels, IMC, trisomiques et le rôle de l'orthophoniste en CAMSP.

Avec la réforme des études, la formation d'orthophonie se déroule sur cinq ans. Au niveau des unités d'enseignement, 10 heures sont consacrées aux « connaissances théoriques, cliniques et répercussion du handicap sur la communication et le langage » et 10 heures à « l'intervention orthophonique dans le cadre du handicap ». Les objectifs principaux<sup>11</sup> étant de connaître les signes d'alerte du handicap, les particularités du bilan, comprendre les spécificités liées à chaque pathologie, faire de la communication l'objectif principal de la prise en charge, travailler en équipe pluridisciplinaire et accompagner les familles. Le nombre d'heures consacrées au handicap lors de la formation continue est limité, l'étudiant y est sensibilisé et dispose de quelques outils et pistes de prise en charge. Cependant, c'est le handicap auditif qui est mis en avant.

---

<sup>11</sup> Extrait du détail de la formation en Annexe 5.

Avec l'article 59 de la loi de juillet 2009, tous les orthophonistes doivent participer chaque année à un programme de Développement Professionnel Continu (DPC). Les professionnels libéraux cotisent aux fonds interprofessionnels de formation et une formation éligible au DPC est prise en charge tous les ans. D'autres formations sont également accessibles librement pour se spécialiser. Par exemple, sur l'année 2015 diverses formations concernaient le handicap : « déglutition, oralité et alimentation chez l'enfant normal et l'enfant handicapé », « spécificité de la rééducation orthophonique avec des enfants et adolescents porteurs de troubles du spectre autistique », « troubles de la communication des enfants et adultes handicapé mentaux », « français signé et langue parlée complétée »,... D'autres méthodes comme Makaton, PECS, TEACCH ne sont pas des formations spécifiques aux orthophonistes mais sont aussi ouvertes aux autres professionnels et à l'entourage de l'enfant.

## 7.2. L'orthophoniste, avec son point de vue axé sur le langage et la communication, a ses propres objectifs.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels des Orthophonistes inclue dans les types de rééducations individuelles l' « éducation précoce du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental », et l'« éducation ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant type sensoriel, moteur, mental » (Brin-Henry, Courrier, Lederlé & Masy, 2011, p.55). Le rôle de l'orthophoniste est reconnu auprès des enfants handicapés et notamment pour des prises en charge précoces. La rééducation du langage est mise en évidence dans ce texte mais l'orthophoniste n'a pas seulement cet objectif en tête : il prend en compte le développement global de l'enfant, l'oralité alimentaire, l'appétence à la communication, l'attention et la concentration.

Selon Rondal (2009), l'objectif principal de la prise en charge de l'enfant handicapé est de réduire les écarts et de l'emmener au maximum des capacités qu'il peut développer. En effet, pour Denni-Krichel (2010, p.46), « il ne s'agit en aucun cas de tenter de gommer le handicap, mais au contraire de développer par des stimulations multimodales, multisensorielles, les différentes fonctions du langage, de favoriser la communication verbale, non verbale, de proposer d'autres moyens de communications [...] afin de l'amener à devenir un être communicant ». La différence entre langage et communication est soulevée ici une fois encore. La priorité de l'orthophoniste est que le jeune enfant puisse communiquer, échanger avec les autres, de quelque manière que ce soit, et cela dès le plus jeune âge.

### 7.3. Une prise en charge précoce est bénéfique

Volkmar et al. (cités par Rapin, 2007) mettent en évidence l'intérêt d'une prise en charge précoce auprès d'enfants ayant peu ou pas de langage oral. Ils soulignent l'efficacité d'un réflexe conditionné mis en place très tôt.

L'accompagnement parental doit être instauré le plus tôt possible. L'orthophoniste tente de donner du sens aux productions de l'enfant, met en valeur ses capacités et les actions des parents afin de leur donner confiance (Crunelle, 2010). Selon Lepot-Froment (cité par Nader-Grosbois, 2014), « la mère attribue moins volontiers une intentionnalité à son enfant » lorsque celui-ci est handicapé. Klinger-Delarge (2013) insiste également sur le fait qu'il faut d'abord croire au fait que l'enfant puisse apprendre pour porter un regard positif sur lui. L'orthophoniste instaure alors des séances parents-enfant pour développer le plaisir de communiquer et donner quelques conseils clefs. Il tente de redonner à la mère et au père le statut de parents (Danon-Boileau, 2011). Cet accompagnement se poursuit au fil des ans et s'étend à tout l'entourage de l'enfant, aux différents intervenants l'accompagnant.

## 7.4. Différents moyens aident l'enfant à avancer sur le chemin langagier

### 7.4.1. L'orthophoniste amène l'enfant à prendre plaisir à communiquer

L'orthophoniste n'impose pas un langage à l'enfant. La verbalisation en séance est minimale, l'espace créé est ouvert et chaleureux. Il fait des propositions et respecte l'équilibre de l'enfant. Par divers jeux, il tente d'emmener l'enfant à découvrir le langage différemment sans essayer de le faire parler (Van Waeyenberghe, 2010).

L'enfant en situation de handicap communique mais il ne communique pas de manière conventionnelle. L'orthophoniste doit trouver comment échanger avec chaque enfant, comprendre la logique de chacun pour pouvoir entrer en contact et créer une interaction (Denni-Krichel, 2010).

Selon Danon-Boileau (2002, 2011), lorsque l'enfant entre dans les échanges, dans les jeux, la communication verbale sera possible plus rapidement. Il précise que lors de la prise en charge classique, l'orthophoniste s'intéresse tout d'abord à l'installation de la communication non verbale, aux précurseurs de la communication. L'émergence des premiers sons en parallèle du pointage, des mimiques est ensuite prédictive d'une bonne intégration langagière. La mise en place de routines, de répétition d'une séance à l'autre permet à l'enfant d'anticiper et d'être rassuré. Les gestes produits ont du sens dans cet espace restreint et connu. L'orthophoniste se situe dans la zone proximale de développement de l'enfant, classiquement décrite par Bruner, et instaure quelques changements petit à petit pour aider l'enfant à progresser.

#### 7.4.2. Puis il l'aide à mieux communiquer

Lorsque la pragmatique est correctement installée, l'orthophoniste propose des activités libres à l'enfant, où le langage spontané s'étoffe de manière naturelle mais également des situations plus dirigées pour faire émerger des structures plus spécifiques (Danon-Boileau, 2011).

L'orthophoniste utilise généralement des méthodes classiques et naturelles. Il inclue des signes de Borel-Maisonny, il propose le bon modèle, s'aide de la dynamique naturelle de la parole (DNP). Mais il peut aussi utiliser des méthodes plus spécifiques, comme la méthode Gelbert. Cette méthode, issue de recherches sur les rééducations de l'aphasie, se base sur des données neurologiques pour créer des connexions neuronales nécessaires aux mouvements de la parole (Danon-Boileau, 2011).

#### 7.4.3. Sans oublier de prendre en compte les facteurs associés au développement langagier

Pour Kahn et Piaget (cités par Nader-Grosbois, 2014), il est important de travailler les fonctions cognitives avant de travailler le langage lui-même. Pour eux, l'enfant doit développer son intelligence sensori-motrice, atteindre la permanence de l'objet, l'imitation différée, l'orientation spatio-temporelle avant d'être stimulé au niveau du langage oral.

De plus, dans divers syndromes la myélinisation est retardée et la cognition est ralentie (Rondal, 2009). L'orthophoniste respecte le temps de latence nécessaire à l'enfant. Pour favoriser la cognition, il veille également à ce que l'enfant soit bien ancré au sol. La notion d'étayage est importante. L'adulte aide l'enfant à communiquer, il lui permet de diriger ses gestes, son regard en l'accompagnant physiquement. On voit ici

encore l'importance de ne pas se concentrer seulement sur le langage mais sur le développement global de l'enfant.

Danon-Boileau (2011) insiste alors sur le fait que les professionnels ne doivent pas se limiter à leurs connaissances sur le développement langagier. Les productions des enfants peuvent être imprévisibles et amènent à réfléchir différemment à chaque prise en charge.

Progressivement, l'orthophoniste met en place une communication adaptée à l'enfant pour favoriser sa compréhension et l'inciter à échanger.

## 7.5. L'orthophoniste est amené à mettre en place une communication augmentée ou une communication alternative

La communication augmentée offre à l'enfant plusieurs canaux, auditif et visuel, il peut alors s'emparer de celui qui lui correspond le mieux. La multimodalité aide à la compréhension. La communication alternative est mise en place lorsque l'enfant ne développe pas de langage oral, pour qu'il puisse communiquer d'une autre manière (Cuny, Dumont & Mouren, 2004).

Les codes peuvent être très variés. Il est essentiel de s'assurer en amont que l'enfant ait accès à la symbolisation et puisse désigner par le pointage ou par le regard (Truscelli, 2007).

### 7.5.1. Le français signé aide la compréhension et l'expression

Le français signé n'est pas une langue en soi. Il consiste à accompagner notre discours de quelques gestes, mettant en évidence les mots les plus importants. L'utilisation du geste permet de freiner la parole, les informations importantes sont mises en valeur. La compréhension est donc facilitée (Cuny, Dumont & Mouren, 2004). Ce mode de communication ne ralentit pas l'acquisition au langage oral car l'enfant s'imprègne des gestes. Il peut alors communiquer avec l'autre et les gestes l'aideront à oraliser quand il le pourra (Cataix-Negre, 2010).

Le langage oral est rapide, éphémère et peut être insignifiant pour l'enfant. L'aider à comprendre son monde environnant en lui donnant des repères visuels permet de diminuer les angoisses et donc les troubles du comportement.

La langue signée française (LSF) est en revanche une véritable langue. De nombreux paramètres la constituent, comme le positionnement de la main, l'ampleur et la direction du geste, l'expressivité du visage, la position du corps et du regard (Cuny, Dumont & Mouren, 2004). La LSF a sa propre grammaire. Elle paraît plus complexe et moins adaptée, du moins au début, pour les enfants ayant une déficience ou des difficultés motrices.

#### 7.5.2. Le Makaton permet de mieux comprendre et de se faire comprendre

Le Makaton est un langage alternatif multimodal associant langage oral, pictogrammes et gestes. Il se construit sur du vocabulaire fonctionnel et est enseigné en plusieurs étapes. Les images permettent à l'enfant de garder en mémoire ce qui est dit, il peut s'y référer ultérieurement contrairement aux signes et à la parole. Elles sont stables et rassurantes (Cataix-Negre, 2010). Le pointage doit être acquis et l'enfant doit pouvoir mettre du sens sur les pictogrammes, avoir accès aux représentations mentales. Sa mise en place peu prendre du temps et les pictogrammes et les gestes sont présentés à l'enfant en fonction de ses besoins et de ses intérêts.

#### 7.5.3. Le PECS, système de communication par échange d'images, incite l'enfant à initier les échanges

Le principal objectif de la méthode PECS est de donner la possibilité à l'enfant de communiquer, d'initier l'échange. Six phases d'apprentissage sont décomposées pour permettre à l'enfant d'instaurer une communication efficace, fonctionnelle et spontanée. L'apprentissage consiste à ce que l'enfant fasse une demande à l'adulte selon ses envies et à travers une image. Il est récompensé ce qui l'encourage à recommencer (Cuny, Dumont & Mouren, 2004).

#### 7.5.4. La synthèse vocale, moyen alternatif à la communication, offre à l'enfant la possibilité de s'exprimer

Les synthèses vocales sont principalement utilisées par les enfants ayant une atteinte motrice. Ces outils l'encouragent à communiquer, les phrases qu'ils produisent sont oralisées par une voix synthétique et facilitent l'expression de l'enfant. La version utilisée dépend du handicap et du niveau cognitif de l'enfant, certains peuvent utiliser le langage écrit, d'autres se limitent aux images ou pictogrammes. L'orthophoniste travaille en collaboration avec l'ergothérapeute, pour mettre en place un outil adapté aux besoins de l'enfant, correspondant à son environnement. En effet, l'enfant doit pouvoir être autonome avec son outil et ainsi pouvoir être à l'initiative de l'échange (Truscelli, 2007).

Ces outils sont utiles pour l'enfant ; son entourage doit pouvoir s'en saisir pour interagir avec lui. Les liens entre les différents intervenants paraissent encore une fois essentiels.

## 7.6. Pour bien prendre en charge l'enfant, l'orthophoniste est en lien avec les autres intervenants

Pour Danon-Boileau (2011), la réussite d'une prise en charge dépend des échanges d'informations réalisés entre les différents intervenants. La collaboration est essentielle pour éviter d'avoir une vision limitée de l'enfant et de s'enliser dans une prise en charge redondante.

### 7.6.1. Chaque intervenant a un point de vue spécifique

L'enfant ayant peu ou pas de langage est souvent suivi par divers professionnels. Le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le psychomotricien aident l'enfant à se mouvoir, construire un bon schéma corporel, adapter l'environnement pour être plus disponible aux apprentissages. L'orthoptiste rééduque la vision et aide l'enfant à mieux fixer ou bouger son regard. Chacun de ces professionnels peut travailler seul mais faire du lien entre les professions pour prendre en charge l'enfant dans sa globalité est essentiel. Les professionnels apportent des informations spécifiques permettant de prendre en considération les différents facteurs agissant sur le développement langagier. Croiser les regards permet d'y voir plus clair, d'adapter au mieux l'installation de l'enfant, la progression des séances.

La prise en charge orthophonique en séance se fait en duo orthophoniste-enfant, le professionnel ne connaît pas le comportement de l'enfant dans son environnement quotidien. L'orthophoniste peut aider l'enfant à communiquer et s'ouvrir au monde, mais sa prise en charge a encore plus de sens s'il se met en lien avec les autres intervenants, notamment les enseignants, AESH, ATSEM pour mieux connaître et comprendre le fonctionnement de l'enfant.

Les enseignants ont des objectifs pédagogiques spécifiques à réaliser à un moment donné avec leur classe. Bailleul, Bataille, Lanoë et Mazereau (2009) mettent en évidence qu'accepter de détourner ces objectifs, de baisser les exigences éducatives peut être difficile pour les enseignants. Les échanges avec le personnel paramédical peuvent alors aider à accepter ces adaptations, qui ne sont pas signes d'une incompétence de l'enseignant mais du niveau où se situe l'enfant à ce moment-là.

Les échanges semblent bénéfiques pour tous. Chaque intervenant apporte des informations aidantes aux autres. Seulement on peut se demander si les échanges sont courants et quelles informations sont réellement échangées.

#### 7.6.2. Les échanges semblent possibles mais la discrétion est de mise

Les liens entre les professionnels sont possibles grâce aux ESS notamment. Cependant la question du secret professionnel se pose. Sauvaget et Skrzypek (2010) mettent en exergue la notion de secret partagé entre professionnels du secteur médico-social. Depuis 1996 une circulaire appuie le fait que les informations transmises entre professionnels doivent se limiter aux informations nécessaires et être données seulement aux personnes en ayant besoin, le patient doit en être informé et donner son accord. La notion de discrétion prime et permet d'échanger des éléments essentiels pour une prise en charge harmonieuse du patient, tout en préservant sa confiance et son intimité. Les informations sont transmises lors de réunions ou de temps de rassemblement prévus à cet effet et en s'adressant directement aux personnes concernées. Ainsi l'accord des parents est essentiel pour échanger avec les personnels de l'éducation nationale, et les informations transmises doivent être limitées à celles nécessaires et données dans un cadre défini et sûr.

## 8. Problématique et objectifs

---

Les lois et les mœurs évoluent. Les chiffres cités précédemment démontrent que les enfants en situation de handicap sont de plus en plus scolarisés en milieu ordinaire. Ils sont accueillis en maternelle jusqu'à six ans et peuvent être réorientés ensuite. Les enseignants et les ATSEM accompagnent ces enfants. Leur formation évolue mais comme nous l'avons vu également, la notion d'école inclusive est abordée brièvement en France pour l'instant. Les contrats des AESH se spécifient, rendant une formation minimum obligatoire mais ils souhaitent plus de reconnaissance.

Les autres professionnels suivant les enfants et notamment les orthophonistes ont des connaissances spécifiques sur le handicap. Chaque formation est propre à la profession concernée, des informations manquent donc à chacun pour accompagner au mieux les enfants ayant des besoins particuliers. Les orthophonistes sont spécialistes du langage et de la communication. Ils prennent en charge les jeunes enfants en situation de handicap et tiennent compte des précurseurs de la communication et d'autres facteurs influençant le développement langagier. Systématiser les échanges avec les personnes étant au plus près de l'enfant est alors indispensable.

En théorie, divers moyens sont mis en place pour rendre l'école plus inclusive. Mais les enseignants de maternelle, les ATSEM et les AESH pensent-ils posséder assez de connaissances sur le handicap de l'enfant et les précurseurs de la communication pour adapter au mieux l'accueil des enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral ? Quelles informations sont échangées entre les professionnels ?

L'objectif de ce travail de recherche est d'en savoir plus sur le ressenti des enseignants, ATSEM et AESH face au handicap et de trouver un moyen de les aider à accompagner au mieux les enfants ayant des besoins spécifiques s'ils jugent cela utile.

Ainsi, ce travail consiste à :

- En savoir plus sur les connaissances et les besoins des différents intervenants en ce qui concerne le développement du langage et le handicap du jeune enfant.
- En savoir plus sur les échanges entre les intervenants et les informations transmises.
- Savoir quelles informations seraient utiles aux professionnels pour créer un site internet informatif. Le site aurait pour but de donner des informations utiles pour adapter au mieux l'accueil d'enfants en situation de handicap dès la maternelle et favoriser les échanges interprofessionnels.

# METHODOLOGIE

---

## 1. Ressources actuelles

---

### 1.1. Etat des lieux

Les formations des différents intervenants évoluent et l'éducation nationale met à leur disposition des guides de scolarisation. Les recherches personnelles permettent d'acquérir de nouvelles connaissances enrichissant les formations initiales. De nombreux sites existent sur le handicap, la scolarisation des enfants en situation de handicap et le langage.

Au niveau du langage, le site [infolangage](#) par exemple explique le développement standard du langage du jeune enfant et les signes d'alerte à observer.

De même, au niveau du handicap, des sites créés par des associations des parents d'enfants en situation de handicap existent. Le site de l'éducation nationale détaille la procédure à suivre pour scolariser ces enfants, le déroulement de la scolarisation et les différentes options possibles. Le site « [Eduscol](#) » met en ligne des guides à destination des enseignants, permettant d'avoir une vision globale de différents handicaps et propose des adaptations pédagogiques. Le site « [tousalecole](#) » renseigne sur l'accessibilité, les différentes maladies et leurs conséquences et recense les différentes associations existant pour chaque type de handicap. De plus, des étudiants en orthophonie ont créé le site « [guidepratiqueavs](#) » pour renseigner les AVS sur certaines pathologies et leur transmettre des conseils pratiques.

## 1.2. Manques et apports du mémoire

Des sites et divers moyens de s'informer existent. Seulement aucun site ne corrèle les diverses informations. Le langage et la communication chez le jeune enfant en situation de handicap sont peu abordés. Les précurseurs de la communication sont cités sur le site dédié au développement langagier mais seulement chez l'enfant tout-venant.

Ce qui nous intéresse dans ce mémoire c'est la relation qu'ont les différents intervenants avec l'aspect langagier et communicationnel du jeune enfant en situation de handicap. Les enseignants, ATSEM et AESH peuvent se renseigner mais il semble essentiel qu'ils sachent également ce qui se met en place en amont, ce qui est complexe chez ses enfants et si des moyens facilitateurs sont possibles.

Ce travail de recherche ne tend pas à proposer des adaptations pédagogiques, ne vise pas à « former » les intervenants mais plutôt à informer sur la communication de l'enfant en situation de handicap. Ces enfants ont des besoins spécifiques. Des données clefs sont à avoir en tête pour mieux les comprendre, s'ajuster et se situer au niveau où ils sont et non là où on voudrait qu'ils soient.

L'objectif du site internet est d'informer pour pouvoir explorer les phases en amont de la communication et du langage. Il permettrait de mieux comprendre ces différentes étapes, non pas pour poser un diagnostic, mais pour donner du sens aux productions de l'enfant et pouvoir adapter au mieux son accueil. En effet avoir davantage d'informations aboutit à changer le regard porté sur l'enfant et ainsi à ajuster son accompagnement.

Le site internet permettrait également de recenser les différents sites et livres intéressants.

De plus, ce travail de recherche a pour objectif de mettre en évidence l'importance des échanges entre les différentes professions. Des sites ne suffisent pas mais peuvent permettre de faire du lien et d'inciter à aller chercher les informations dans le réel et non seulement virtuellement.

## 2. Procédure

---

Le point de vue des différents professionnels qui accompagnent le jeune enfant en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral nous intéresse dans ce travail de recherche. Obtenir un maximum de réponses est essentiel pour voir si les données recueillies sont homogènes, pouvoir les généraliser et aboutir à la création d'un outil adapté. Une stratégie descriptive répond à ces objectifs. Les enquêtes vont permettre d'évaluer différents aspects de façon rapide et simple en questionnant un grand nombre de personnes. Plusieurs aspects sont ainsi évalués pour répondre aux objectifs fixés: le degré de satisfaction des intervenants concernant leurs connaissances sur le développement langagier et le handicap, les échanges mis en place entre les professionnels, les informations qui selon eux seraient utiles à transmettre par un site internet.

Trois enquêtes sont élaborées. Une enquête est à destination des professeurs ayant enseigné ou enseignant en maternelle accueillant ou non un élève en situation de handicap ainsi qu'aux ATSEM. Une autre enquête est diffusée aux AESH et la dernière est destinée aux orthophonistes.

Les enquêtes sont envoyées par mail et sont disponibles en ligne de fin novembre à fin février. Les enquêtes en ligne permettent de récolter des réponses rapidement et facilement. En effet, elles sont transmises à un plus grand effectif à moindre coût.

Avant de les diffuser, celles-ci sont testées par quelques professionnels de chaque corps de métier. Ces derniers sont des connaissances, maîtres de stage ou anciens collègues. Cette étude préalable permet de reformuler et réajuster certaines questions, de préciser les choix de réponses, d'évaluer la cohérence générale du questionnaire et le temps de passation. Elle permet aussi de tester le bon fonctionnement du site

internet et d'avoir une première approche de la manière dont les réponses sont recueillies.

Un mail explicatif, visible en Annexe 6, est envoyé avec le lien vers les enquêtes pour expliquer la démarche de ce travail. Les réponses se font sur la base du volontariat et de manière anonyme. Les professionnels inscrivent leurs coordonnées seulement s'ils souhaitent suivre l'avancée de ce mémoire.

### 3. Population

---

Comme vu dans la partie théorique sur la scolarisation des enfants en situation de handicap, les formations et la sensibilisation au handicap dépendent de chaque rectorat. Le choix a été fait ici de se limiter à l'académie de Nantes qui regroupe les cinq départements des Pays de la Loire : Loire Atlantique, Vendée, Sarthe, Mayenne et Maine et Loire.

Les questionnaires s'adressent aux enseignants de maternelle, aux ATSEM, aux AESH et aux orthophonistes de cette région. Les enseignants, ATSEM et AESH sont avec l'enfant au quotidien, ils sont proches de lui et sont de plus en plus amenés à suivre des enfants en situation de handicap. Connaître les ressentis de chacune de ces professions, leurs avis sur leurs connaissances permettra de cibler au mieux leurs besoins.

Le point de vue des orthophonistes sur ces questions est également intéressant pour pouvoir corrélérer les données, avoir leur opinion sur les informations à transmettre et savoir ce qui leur semble utile selon leur expérience.

### 3.1. Les enseignants de maternelle, ATSEM et AESH

Il est préférable d'obtenir l'accord de l'inspection académique pour s'adresser aux écoles. Une première demande est formulée et envoyée par mail, seulement elle est refusée. Cette demande paraît maladroite et semble remettre en question les compétences des enseignants et leur formation. Une deuxième demande est envoyée, en éclaircissant les réels objectifs de la recherche et mettant en avant la nécessité de contacter les écoles dans l'unique but d'aider les enfants en situation de handicap. L'autorisation d'envoyer des questionnaires « de manière explicite » est alors obtenue.

Les adresses mails des écoles sont disponibles sur les sites internet de chaque académie, hormis pour les écoles privées de Maine et Loire, de Vendée et de Mayenne. Ces départements ne sont donc pas représentés de la même manière dans cette enquête. Les Pays de Loire recensent 2 868 écoles, et 1 500 AESH<sup>12</sup> à la rentrée 2015. Une sélection est faite aléatoirement. Le questionnaire est envoyé à une école maternelle ou primaire sur deux ou sur trois dans la liste de chaque département. Au total, près de 600 questionnaires sont diffusés, représentant alors 20% des écoles de la région.

Dans chaque mail envoyé aux écoles, il est précisé qu'une enquête concerne les ATSEM et les professeurs enseignant ou ayant enseigné en maternelle, accueillant ou non un enfant en situation de handicap, et qu'une autre enquête concerne les AESH de l'école. N'ayant pas accès directement aux mails des personnes concernées, chaque directeur d'école peut ainsi leur transmettre l'enquête.

---

<sup>12</sup> Dossier de rentrée. Année scolaire 2015-2016, Académie de Nantes – MEN.

Très peu d'AESH répondent à cette enquête. Des questionnaires sont alors envoyés par le biais de réseaux sociaux et de l'association Handisup<sup>13</sup>. Cette démarche permet d'obtenir quelques réponses supplémentaires.

### 3.2. Les orthophonistes

Des enquêtes sont également envoyées aux orthophonistes pour avoir leur point de vue sur ce sujet de recherche, croiser les regards des différents intervenants.

Grâce à la liste d'adresses mails des orthophonistes agrémentés du centre de formation de Nantes, 200 questionnaires sont envoyés. Le questionnaire est également diffusé sur le groupe facebook « Orthophonie et Handicap ». Cette option permet de récolter peu de réponses car ces orthophonistes ne travaillent pas exclusivement en Pays de Loire.

L'enquête est diffusée à tous les orthophonistes libéraux de la liste mais aussi aux orthophonistes exerçant dans des centres accueillant des enfants en situation de handicap (IME, IEM, CAMSP, CMP, SESSAD). Ces derniers sont spécialisés dans le handicap et les échanges avec les écoles font partie de leur quotidien. Leur point de vue spécifique et leurs avis sont intéressants pour ce travail. Chaque orthophoniste ayant reçu le mail peut le diffuser librement à ses collègues.

Le centre de formation d'orthophonie se situe à Nantes. La liste d'agrément comprend les orthophonistes de toute la région Pays de Loire mais la grande majorité des orthophonistes agrémentés travaillent en Loire Atlantique.

---

<sup>13</sup> Handisup est une association située à Rezé (44). Elle a pour but de favoriser l'intégration des enfants et des jeunes en situation de handicap, dans les milieux de vie ordinaires (écoles, centres de loisirs...).

## 4. Présentation des enquêtes

---

Les enquêtes<sup>14</sup> se divisent en cinq parties et permettent d'évaluer plusieurs aspects nous intéressant pour la création éventuelle d'un site internet informatif. Le choix des questions répond aux objectifs fixés et est inspiré d'observations réalisées en stage auprès d'orthophonistes, lors d'ESS, d'interrogations soulevées dans la partie théorique et d'enquêtes existantes établies dans des mémoires ou des thèses similaires.

Les questions sont fermées et à choix multiples. Cela permet une analyse quantitative et rapide des données.

Lorsque les professionnels doivent estimer leurs connaissances, ils ont le choix entre plusieurs modalités : très satisfaisantes/ satisfaisantes/ insuffisantes/ très insuffisantes. Cette modalité permet d'ouvrir la question et de ne pas se limiter à un double choix.

---

<sup>14</sup> Questionnaire destiné aux enseignants et ATSEM visible en intégralité en Annexe 7.

#### 4.1. Informations générales

La première partie permet d'en savoir davantage sur la population répondant à l'enquête et renseigne sur le lieu de profession (ville, campagne, département). Des données sont à renseigner spécifiquement selon la profession.

##### **Pour les enseignants et ATSEM:**

- La classe est en milieu ordinaire ou spécialisé. Cette distinction permet de savoir si les enseignants spécialisés ont un ressenti différent sur leurs connaissances.
- L'établissement est privé ou public.
- Le niveau de la classe enseigné.
- Le nombre d'élèves dans la classe. Il est intéressant de savoir l'effectif moyen d'enfants en classe. A-t-il un impact sur l'accueil de l'enfant en situation de handicap ?

##### **Pour les AESH :**

- Le niveau de classe où ils sont amenés à accompagner des élèves. Les AESH suivent des enfants de tout âge. Quelle part d'enfants suivis est scolarisée en maternelle ?
- Le nombre d'enfants suivis. L'AESH peut accompagner plusieurs enfants. Avoir une idée du nombre moyen d'enfants suivis permet de se rendre compte de la nécessité des AESH d'avoir une grande capacité d'adaptation.

### **Pour les orthophonistes :**

- Les orthophonistes peuvent travailler en libéral ou en centre. Les résultats permettront de mettre en avance le type d'exercice le plus courant.

### 4.2. Le handicap de l'enfant

Des questions sont communes à chaque profession et donnent des renseignements généraux:

- les professionnels interviennent-ils auprès d'enfants handicapés ?
- quels handicaps sont-ils amenés à suivre (moteur, intellectuel, sensoriel, troubles du comportement, retard global, non précisé) ?

**Les enseignants, ATSEM et AESH** ont des questions supplémentaires :

- comment jugent-ils leurs connaissances sur les différents handicaps ?
- d'où proviennent leurs connaissances ?

Les personnes sondées ont le choix entre plusieurs réponses reprenant différentes façons possibles de s'informer (formations initiales et continues, recherches personnelles, lectures, échanges avec d'autres professionnels).

Cette question permet de mettre en évidence les moyens les plus utilisés par les différents professionnels pour se renseigner et ainsi adapter si besoin l'outil informatif proposé.

- savent-ils s'ils peuvent se former ?
- se sentent-ils à l'aise pour accueillir un enfant en situation de handicap ?
- si non, pour quelles raisons ?

Les réponses proposées ici renseignent sur les causes possibles de ce malaise (manque de confiance en soi, de formation, effectif d'élèves trop élevé...). Elles permettent d'amorcer une réflexion pour savoir s'il est possible de remédier à cette problématique à notre niveau.

Toutes ces questions permettent d'en savoir plus sur le ressenti des intervenants sur le handicap.

**Les orthophonistes** renseignent quant à eux s'ils ont suivi des formations spécifiques au handicap et peuvent indiquer lesquelles.

#### 4.3. Le langage

Cette partie est spécifique aux enseignants, ATSEM et AESH. La formation initiale des orthophonistes étant axée sur le langage et la communication, les questions ne les concernent pas.

Deux questions permettent de savoir comment les enseignants, ATSEM, AESH jugent leurs connaissances sur le développement du langage et les précurseurs de la communication.

Une question renseigne sur leurs connaissances des modes de communication augmentatifs et alternatifs.

Ces questions permettent d'en savoir davantage sur leur ressenti. Comme vu précédemment, chaque formation est différente et le domaine langagier, spécifique à l'orthophonie est peu exploré par ces intervenants. Avoir leur avis sur ce sujet est intéressant pour la suite, pour savoir quelles informations seront utiles à transmettre.

#### 4.4. Les échanges entre professionnels

Cette partie est essentielle, elle rend compte des échanges et des informations transmises entre professionnels. L'objectif de ces questions est de mettre en avant le fait que chacun a des connaissances spécifiques et peut apporter des renseignements aux autres professionnels pour aider l'enfant.

Des questions sont communes aux différents intervenants :

- les professionnels sont-ils en lien entre eux ?
- comment se font les échanges (échanges téléphoniques, ESS, cahier de liaison...) ?
- qu'attendent les enseignants, ATSEM, AESH des orthophonistes ?
- quelles informations transmettent les enseignants, ATSEM, AESH aux orthophonistes ?

Les réponses proposées quant aux informations transmises sont inspirées des grilles d'observation de l'Evalo-BB, du GEVA-sco, d'échanges avec différents professionnels et de critères d'observation pertinents pour une prise en charge adaptée à l'enfant.

#### 4.5. La création d'un site internet

Chaque professionnel répond à deux questions concernant la création éventuelle d'un site informatif :

- Quelles informations seraient utiles à transmettre sur un site internet et à quel degré (la description de handicaps, le développement langagier, des conseils concrets, les modes de communication augmentatifs et alternatifs...) ?
- La création d'un tel site semble-t-elle utile ?

Une question précise si les enseignants, ATSEM, AESH pensent trouver rapidement des réponses à leurs questions et si non, pour quelles raisons. Cette question permet de comprendre ce qui peut compliquer une recherche et donne des pistes pour y remédier lors de la création du site.

#### 4.6. Remarques éventuelles

Cette dernière question est ouverte et permet à chacun de s'exprimer, de donner son avis, ses idées mais aussi de critiquer ce travail. Cette partie ouverte semble indispensable pour élargir la recherche et permettre aux professionnels de s'exprimer, de prendre le temps de réflexion et de se sentir davantage investi.

## 5. Recueil et analyse des résultats

---

### 5.1. Informations générales

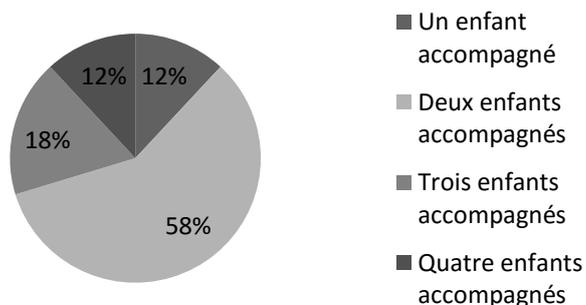
121 professionnels ont pris le temps de répondre au questionnaire. Deux pics de réponses sont observables, un fin novembre lors de l'envoi du questionnaire et un fin décembre après la 1<sup>ère</sup> relance. La grande majorité des répondants travaille en Loire Atlantique mais chaque département est représenté un minimum.

L'INSEE n'a pas publié de chiffres sur la démographie des divers professionnels. Il est donc difficile de savoir si les chiffres suivants sont représentatifs de la population.

### Les AESH

18 AESH ont répondu au questionnaire, dont un homme. La moitié travaille depuis un à cinq ans, sept depuis plus de cinq ans, deux depuis moins d'un an.

#### Nombre d'enfants accompagnés par un AESH



Le nombre d'enfants suivis est variable. Plus de la moitié des AESH suivent deux enfants.

Un peu moins de la moitié des AESH suivent des enfants en maternelle. Deux interviennent au collège et deux en ULIS. Ces derniers peuvent sembler moins concernés par l'enquête pourtant ils sont eux aussi amenés à suivre de jeunes enfants.

Là encore on voit toute la difficulté de ce statut : l'AESH peut accompagner plusieurs enfants, de tout âge, ayant n'importe quelle pathologie et dans tout établissement. Il doit s'adapter à l'enfant et à son environnement. De plus, les temps accordés sont différents pour chaque enfant et l'implication des AESH peut l'être également.

### **Les ATSEM**

Huit ATSEM ont répondu au questionnaire. Elles sont toutes des femmes. Cinq travaillent en Loire Atlantique, une en Sarthe, une en Maine et Loire et une en Vendée. Cinq travaillent dans un établissement public.

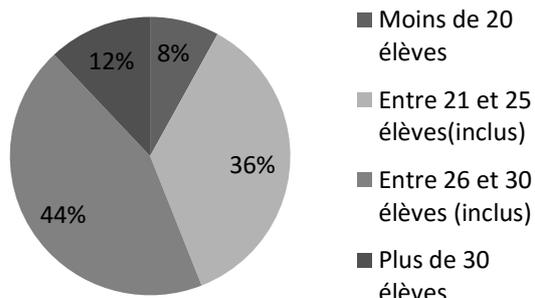
Cinq ATSEM travaillent dans une classe accueillant entre 26 et 30 élèves et trois en accueillent entre 20 et 25.

### **Les enseignants**

Sur 50 enseignants ayant répondu au questionnaire, trois sont des hommes.

La Loire Atlantique est représentée majoritairement (2/5). La Sarthe, la Vendée, le Maine et Loire sont représentés de manière égale. 68% des établissements sont publics.

### Nombre d'élèves par classe



Plus de la moitié des classes comptent plus de 26 élèves, quatre seulement en comptent moins de 20. Deux enseignants interviennent en milieu spécialisé dont un qui reçoit les élèves individuellement.

Les données correspondent à la réalité. En effet dans la région Pays de Loire, les classes pré élémentaires sont constituées de 26,5 élèves<sup>15</sup> en moyenne.

Les effectifs d'élèves par classe sont relativement élevés et l'accueil individualisé de chaque enfant ne doit pas être évident que ce soit pour les enseignants ou les ATSEM.

### Les orthophonistes

45 orthophonistes ont répondu au questionnaire. 2/3 des réponses proviennent d'orthophonistes de Loire Atlantique mais chaque département est représenté.

82% des orthophonistes exercent en libéral et quatre orthophonistes mènent une activité mixte. Les proportions sont proches de la réalité car dans les Pays de Loire, 79% des orthophonistes<sup>16</sup> exercent en libéral.

<sup>15</sup> Académie de Nantes - Dossier de rentrée 2015-2016

<sup>16</sup> Selon les chiffres de l'ORS de 2014 (Observatoire Régional de Santé)

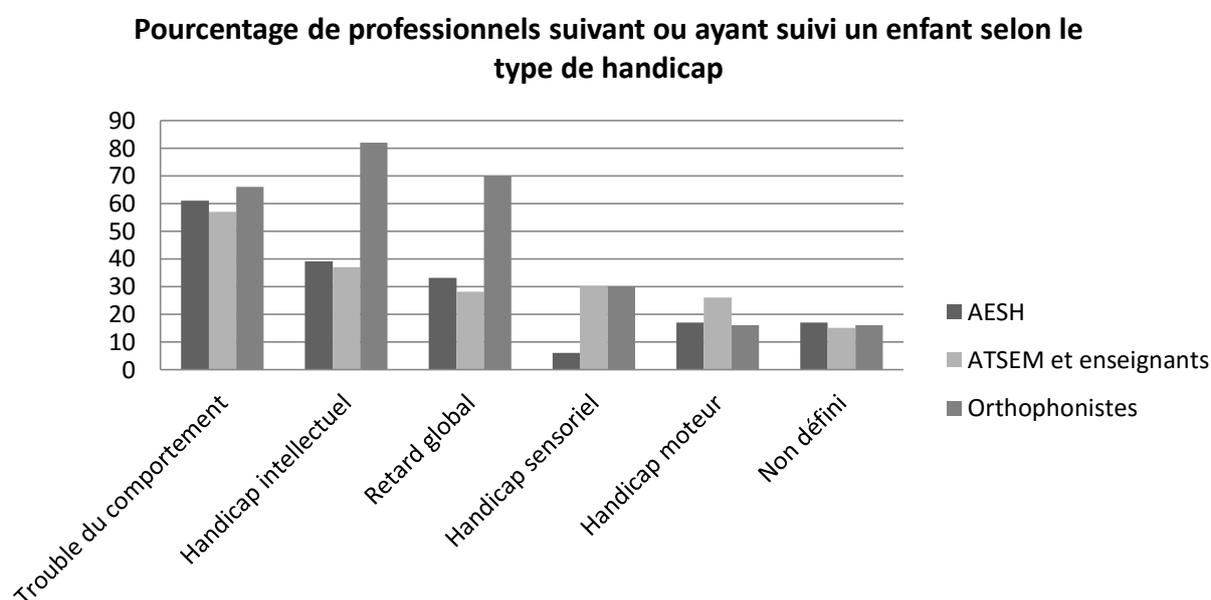
## 5.2. Le handicap de l'enfant

### 5.2.1. Les handicaps rencontrés par les différents intervenants

Un orthophoniste sur les 45 orthophonistes sondés ne suit pas d'enfant en situation de handicap. Toutes les ATSEM ayant répondu en ont déjà accueilli. Seulement quatre enseignants n'en ont jamais accueilli.

La scolarisation d'enfants en situation de handicap est de plus en plus commune et rares sont ceux qui ne recevront pas un de ces enfants au cours de leur carrière. Ici, on constate que plus de 90% des enseignants et ATSEM en suivent ou en ont suivi. Il est donc essentiel de s'intéresser aux besoins de ces professionnels et de faire en sorte d'y répondre.

Les handicaps rencontrés par les différents professionnels sont variés. Le tableau récapitulatif est visible en annexe 8(1) mais en voici une brève description.



- Plus de la moitié de chaque profession suit ou a suivi un enfant ayant des **troubles du comportement**.
- Plus des 3/4 des orthophonistes suivent ou ont suivi un enfant ayant une **déficience intellectuelle** contre moins de la moitié des AESH, ATSEM et enseignants.
- Plus de 2/3 des orthophonistes et environ 1/3 des AESH et des enseignants suivent ou ont suivi un enfant ayant un **retard global**.
- 30% des orthophonistes, des enseignants suivent ou ont suivi un enfant ayant un **handicap sensoriel** contre seulement 6% des AESH.
- Environ 1/5 de ces professionnels accompagnent ou ont accompagné un enfant ayant un **handicap moteur**.
- Moins de 1/6 de ces professionnels accompagnent des enfants pour lequel le handicap n'est **pas défini**.

Les handicaps rencontrés sont globalement représentés dans la même proportion pour chaque profession hormis pour la déficience intellectuelle et le retard global. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette différence comme la non scolarisation en milieu ordinaire de ces enfants, ou encore une représentation différente de ces pathologies selon les professionnels.

Les troubles du comportement sont cités majoritairement. Seulement nous ne savons pas si ces troubles sont isolés ou s'ils sont en lien avec un autre type de handicap. En effet, comme vu dans la partie sur les enfants sans langage oral, les enfants ayant du mal à s'exprimer ou du mal à comprendre leur environnement peuvent développer ce type de trouble. Les orthophonistes doivent sensibiliser les AESH, ATSEM et enseignants aux troubles associés possibles. Certaines informations peuvent expliquer les troubles comportementaux et aider à mieux comprendre l'enfant. Le regard de l'adulte est différent lorsqu'il peut donner du sens à la façon d'agir de l'enfant, l'accueil de ces enfants est alors facilité.

Les enfants handicapés sensoriels sont moins accompagnés par une aide humaine. Il serait intéressant de savoir si ce constat est représentatif de la réalité et dans quelles conditions sont alors accueillis ces enfants : seuls en milieu ordinaire, en milieu spécialisé, non scolarisés ?

La dyspraxie, la dysphasie, la dyscalculie n'étaient pas proposées dans le choix de réponse donc ne sont pas représentées ici mais certains professionnels les ont rajoutées dans la réponse « autre ».

Ces résultats mettent en évidence que chaque professionnel est amené à suivre des enfants ayant tout type de handicap. Ce terme semble large car il désigne aussi bien les déficiences intellectuelles, sensorielles et motrices, que les « dys » et les troubles comportementaux. L'école est inclusive et peu importe le handicap, tout enfant a sa place à l'école. Il est donc essentiel d'échanger et d'informer sur les différents handicaps pouvant se traduire par l'absence de langage oral en maternelle.

#### 5.2.2. Les connaissances des différents intervenants sur le handicap

Un peu plus de la moitié des orthophonistes qui accueillent des enfants en situation de handicap ont suivi des formations spécifiques. Parmi les formations citées, on retrouve principalement les formations PECS, Makaton et certaines formations sur l'oralité, l'accompagnement parental, l'autisme et la trisomie. Les orthophonistes prenant en charge des enfants en situation de handicap sans formation spécifique s'appuient sur leur formation initiale et autres formations complémentaires qu'ils ont pu suivre. Cependant, la totalité des orthophonistes exerçant en centre ont suivi des formations sur le handicap.

$\frac{3}{4}$  des ATSEM<sup>17</sup> ne se sentent pas à l'aise pour accueillir un enfant en situation de handicap, soit par manque de formation ou parce qu'elle juge l'effectif de la classe trop élevé.

De même, seulement 20% des enseignants estiment être à l'aise pour recevoir des enfants en situation de handicap. Les causes citées sont principalement externes : manque de formation, effectif d'élèves trop important, environnement inadapté.

Le nombre d'élèves est parfois trop important pour bien accueillir un enfant en situation de handicap. Effectivement, les chiffres précédents démontrent que la majorité des enseignants et ATSEM ont plus de 26 enfants par classe, il semble alors difficile d'adapter l'accueil de chacun. Scolariser un enfant en situation de handicap ne doit pas mettre à mal l'instituteur et le groupe classe. Pour cela, il est essentiel que les enseignants soient informés sur le handicap et soient en lien avec les professionnels suivant l'enfant pour pouvoir l'accueillir dans les meilleures conditions possibles tout en se sentant soutenu.

Six enseignants affirment manquer de confiance en eux et donc ne pas se sentir prêts à accueillir des enfants à besoins spécifiques. Un enseignant rajoute également en commentaire que le manque de contact avec les orthophonistes est un frein à l'accueil de ces enfants. Cet argument, même s'il ne se retrouve qu'une fois est évidemment à prendre en compte. Si faciliter les échanges entre professionnels incite les enseignants à accueillir des enfants en difficulté alors il faut trouver un moyen de communiquer plus simplement. Les ESS, notamment, permettent aux professionnels de se rencontrer un minimum de fois dans l'année. Elles sont donc indispensables et apportent du soutien au personnel éducatif.

Ces nombres sont révélateurs d'un réel paradoxe. Les enseignants et les ATSEM sont de plus en plus amenés à recevoir des enfants en situation de handicap or la

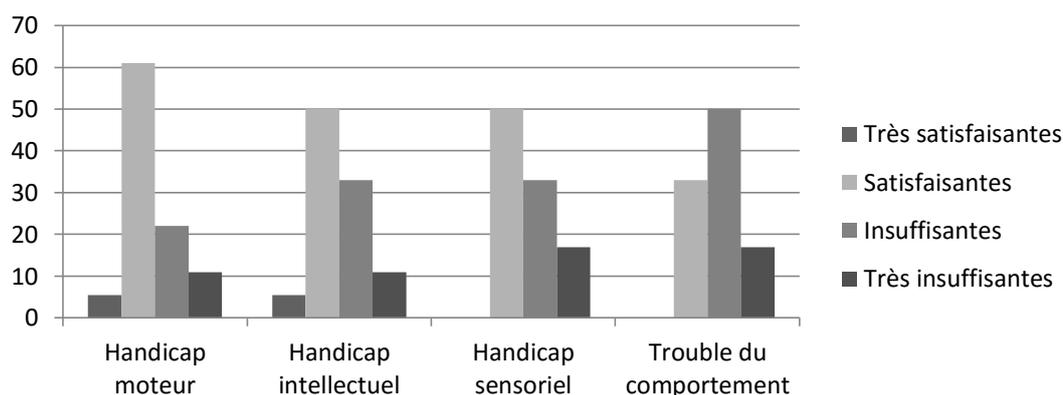
---

<sup>17</sup> Tableau et graphique récapitulatif de ces données visibles en Annexe 8(2).

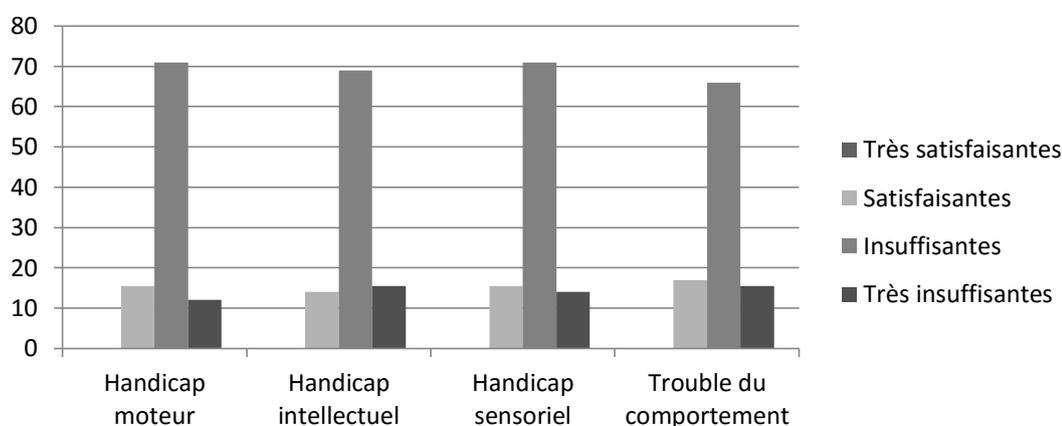
majorité ne se sent pas à l'aise avec cela. Des moyens doivent être mis en place pour sensibiliser ces professionnels, les former et éviter de les mettre à mal. Ne pas prendre compte ce malaise revient à les maltraiter eux et les enfants accueillis.

**Les AESH, les enseignants et les ATSEM n'ont pas le même point de vue sur les connaissances qu'ils ont des différents handicaps<sup>18</sup>.**

**Figure 1 – Estimation des AESH sur leurs connaissances vis-à-vis du handicap.**



**Figure 2 - Estimation des ATSEM et enseignants sur leurs connaissances vis-à-vis du handicap.**

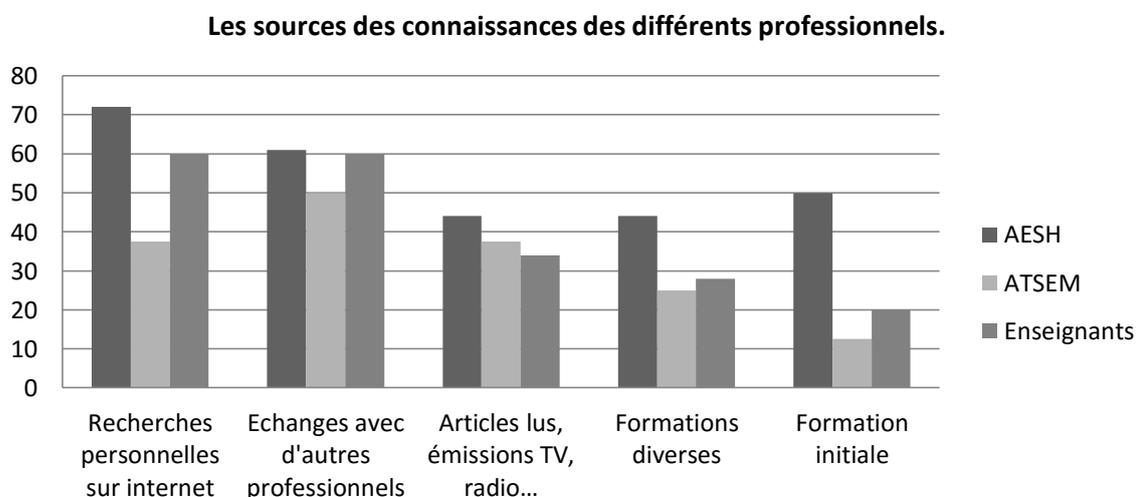


<sup>18</sup> Tableaux récapitulatifs de ces données visibles en Annexe 8(3).

La plupart des AESH (figure 1) jugent leurs connaissances sur les divers handicaps satisfaisantes, sauf pour les troubles du comportement. Un AESH estime que ces connaissances sur le handicap moteur et mental sont très satisfaisantes. Cependant il est important de mettre en évidence que près de la moitié des AESH jugent leurs connaissances sur les divers handicaps insuffisantes voire très insuffisantes alors qu'ils y sont confrontés quotidiennement.

Les ATSEM et les enseignants (figure 2) sont plus critiques envers leurs connaissances. Toutes les ATSEM jugent leurs connaissances sur les divers handicaps insuffisantes. Plus de 80 % des enseignants jugent leurs connaissances insuffisantes sur les divers handicaps de l'enfant et seulement 1/10 les trouvent satisfaisantes. De même, un des deux enseignants travaillant en milieu spécialisé juge ses connaissances insuffisantes.

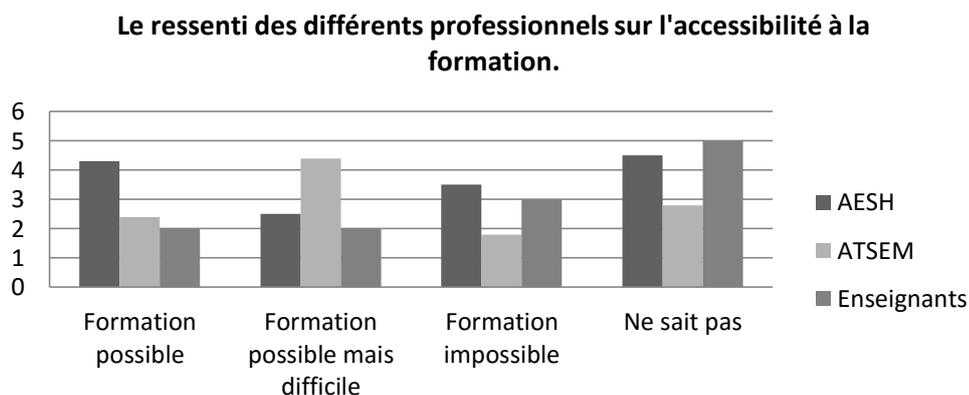
L'accompagnement adapté aux besoins particuliers de ces enfants est alors compromis, il est nécessaire de permettre à ces intervenants de s'informer et de se former.



Plus de la moitié des AESH, ¼ des ATSEM et 20% des enseignants<sup>19</sup> estiment avoir acquis des connaissances lors de leur formation initiale ou de formations diverses. Ainsi, la différence du contenu des formations est visible sur cette question. Les AESH ont une formation de quelques heures seulement mais portée spécifiquement sur le handicap ce qui leur permet de se sentir plus à l'aise face aux divers handicaps. Les deux enseignants intervenant en milieu spécialisé renseignent avoir acquis leurs connaissances par le biais de recherches personnelles et d'échanges avec les autres professionnels, notamment les médecins et éducateurs. Le fait qu'ils ne citent pas leur formation comme source de connaissances peut amener à se poser des questions. Chaque enseignant travaillant en milieu spécialisé bénéficie-t-il systématiquement de formations adaptées ?

La majorité des connaissances des AESH, ATSEM et enseignants proviennent des échanges avec d'autres professionnels et de recherches personnelles. L'importance d'échanger avec les autres professionnels accompagnant l'enfant est mis en avant ici, les échanges permettant d'acquérir de nouvelles connaissances. Les résultats démontrent ici également que les sites internet permettent d'approfondir ses connaissances, les différents professionnels savent se saisir de cet outil.

### Au niveau de l'accès à la formation, les réponses divergent<sup>20</sup>.



<sup>19</sup> Tableaux récapitulatifs de ces données visibles en Annexe 8(4).

<sup>20</sup> Tableaux récapitulatifs de ces données visibles en Annexe 8(5).

- 1/5 des AESH et seulement 10% des enseignants ayant répondu disent avoir la possibilité de se former.
- Moins de la moitié des AESH et des enseignants et plus d'1/3 des ATSEM pensent en avoir la possibilité mais jugent cela difficile.
- 1/3 des AESH, 1/4 des ATSEM et 1/5 des enseignants ne pensent pas pouvoir se former.
- Moins d'1/5 des AESH, plus d'1/3 des ATSEM et 1/4 des enseignants ne savent pas s'ils peuvent se former.

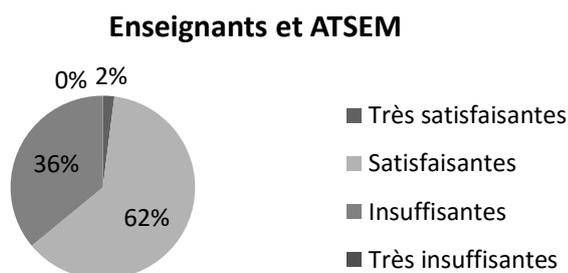
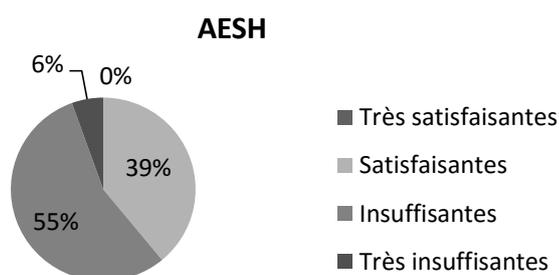
La divergence des réponses dans chaque profession ne permet pas de les généraliser. Ces résultats sont cependant intéressants car ils mettent en évidence le fait que les informations sur la formation de ces professionnels ne sont pas claires.

Il serait intéressant de savoir ce qui rend la formation difficile et pourquoi autant de personnes ne savent pas s'ils peuvent se former ou non. Ces résultats peuvent en effet traduire un manque d'investissement, de temps des professionnels ou un défaut de communication sur les formations possibles.

## 5.3. Le langage

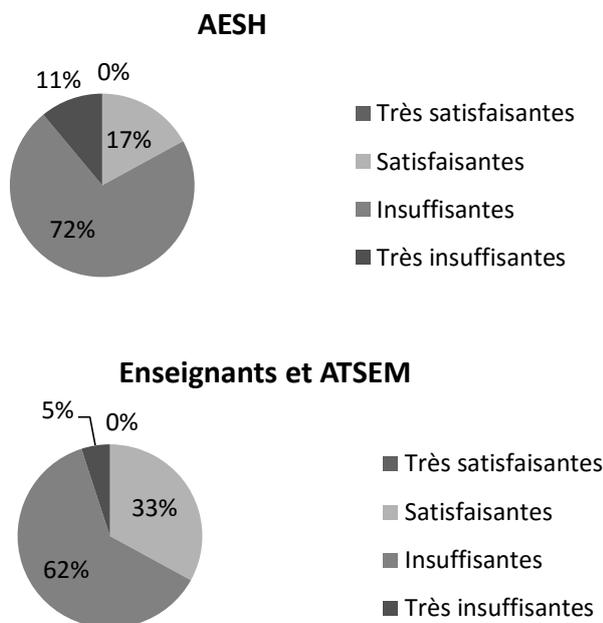
### 5.3.1. Le développement du langage et les précurseurs de la communication

#### L'estimation des différents professionnels sur leurs connaissances vis-à-vis du développement langagier.



Plus de la moitié des AESH trouvent leurs connaissances sur le développement langagier insuffisantes, une personne les juge même très insuffisantes. En revanche les ATSEM et enseignants semblent être plus sensibilisés sur ce thème car plus de la moitié jugent leurs connaissances satisfaisantes et une personne les juge très satisfaisantes.

## L'estimation des différents professionnels sur leurs connaissances vis-à-vis des précurseurs de la communication.



Environ 75% des AESH, 100% des ATSEM et plus de 60% des enseignants, dont un des deux enseignants intervenant en milieu spécialisé jugent leurs connaissances au niveau des précurseurs de la communication insuffisantes voire très insuffisantes. Cela vient-il d'un manque de clairvoyance autour du terme « précurseurs » ou d'un réel manque de connaissances ?

Le langage et la communication ne sont pas la spécificité de ces métiers et ces domaines ne semblent pas abordés dans leurs formations. Connaître le développement langagier normal de l'enfant et les précurseurs essentiels à son bon fonctionnement est important pour accompagner de jeunes enfants. Ces connaissances sont d'autant plus indispensables lorsque l'enfant est en difficulté afin de mieux comprendre son fonctionnement. L'orthophoniste a ici un devoir de prévention et de sensibilisation. Son rôle n'est pas seulement de prendre en charge l'enfant en situation de handicap mais également de répondre aux différentes interrogations des autres professionnels et de transmettre les informations adaptées à chacun.

### 5.3.2. Les modes de communication augmentatifs ou alternatifs

#### ➤ **Le makaton**

Un AESH a déjà pratiqué le Makaton mais la moitié des AESH et toutes les ATSEM ayant répondu ne connaissent pas cette méthode. Le Makaton semble également très peu connu des enseignants, seulement 1/5 voient à peu près ce que c'est.

#### ➤ **Le français signé**

Plus de la moitié des AESH et des enseignants ont une idée de ce qu'est le français signé. Sept AESH et cinq enseignants l'ont déjà pratiqué. La majorité des ATSEM et 1/5<sup>ème</sup> des enseignants n'en ont pas entendu parler.

#### ➤ **Les pictogrammes**

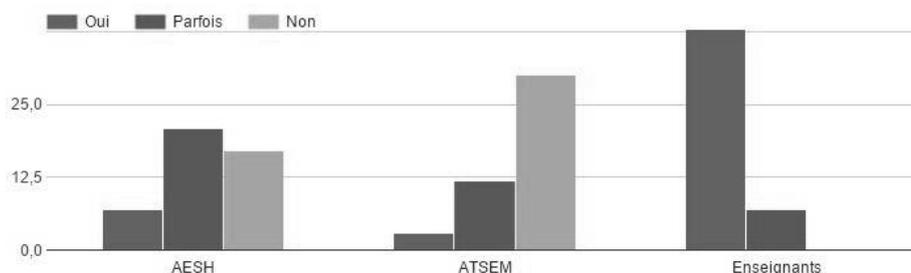
Plus de la moitié des AESH et 1/10<sup>ème</sup> des enseignants ont déjà utilisé des pictogrammes. La majorité des ATSEM les connaissent mais personne ne l'a pratiqué. Tous les AESH en ont entendu parler, en revanche 1/5<sup>ème</sup> des enseignants ne connaissent pas cette méthode.

L'orthophoniste selon le décret n°2002-721 du 2 mai 2002 est habilité à accomplir des actes « d'apprentissage des systèmes alternatifs et augmentatifs de la communication » et peut proposer des actions de prévention et donner des conseils appropriés à l'entourage du patient. Les autres professionnels ne connaissent pas tous les différents moyens de communication alternatifs et l'orthophoniste se doit de les informer de ce qui existe et ce qui peut être mis en place.

## 5.4. Les échanges entre professionnels

### 5.4.1. Liens entre les professionnels

**Les liens qu'ont les orthophonistes avec les autres professionnels.**



Tous les orthophonistes expriment être en lien avec les enseignants des enfants accompagnés. En revanche, environ 1/3 des orthophonistes ne le sont pas avec les AESH et 2/3 ne le sont pas avec les ATSEM.

Un tiers des AESH et une ATSEM sur les huit ayant répondu désignent être en lien avec les orthophonistes. Plus des 3/4 des enseignants expriment l'être également. Ces données correspondent aux réponses des orthophonistes, les résultats sont homogènes.

Ces nombres sont révélateurs d'un manque d'échanges entre les professions. Les enseignants sont mis à l'honneur mais les autres intervenants sont moins en lien avec l'orthophoniste alors qu'ils sont au plus proche de l'enfant et ont aussi des informations à donner et recevoir. Il serait intéressant de comprendre d'où vient ce manque de lien.

En effet, un AESH souligne que les échanges directs avec les professionnels de la santé sont rares et se font souvent par le biais d'un intermédiaire, l'enseignant. Selon lui, les AESH ne sont pas reconnus en tant que professionnels. Il semble alors important de revaloriser la place de chacun et d'échanger avec chaque personne accompagnant l'enfant.

La grande majorité des échanges se fait lors des ESS ou par échanges téléphoniques. Deux orthophonistes, deux AESH et deux enseignants ont mis en place un cahier de liaison. Certains professionnels rajoutent en commentaire qu'ils sont amenés à échanger par mail et un AESH précise qu'il assiste parfois à une séance d'orthophonie avec l'enfant.

Un enseignant se pose la question de la confidentialité, se demande s'il peut appeler l'orthophoniste. Comme vu dans la partie théorique, la notion de secret partagé n'est pas toujours évidente. Les données échangées sont limitées et les parents du jeune enfant doivent avoir donné leur accord. Informer chaque intervenant sur cette notion est également nécessaire afin que chacun prenne conscience que les mots ont un impact et que les échanges doivent être maîtrisés.

#### 5.4.2. Données échangées

##### **Du point de vue des orthophonistes :**

La moitié des orthophonistes interrogés pense que les AESH sont demandeurs de conseils et l'autre moitié ne sait pas ou estime qu'ils ne sont pas demandeurs. La moitié des orthophonistes ne sait pas si les ATSEM ont des attentes particulières,  $\frac{1}{4}$  estime qu'ils en ont et l'autre  $\frac{1}{4}$  ne le pense pas.

Les avis divergent et ces résultats ne sont pas généralisables. Il serait intéressant de mieux comprendre d'où vient cette hétérogénéité : le point de vue des orthophonistes, l'investissement des différents professionnels, le lieu de travail, les moyens de communication instaurés ?

En revanche, la totalité des orthophonistes estiment que les enseignants sont demandeurs de conseils.

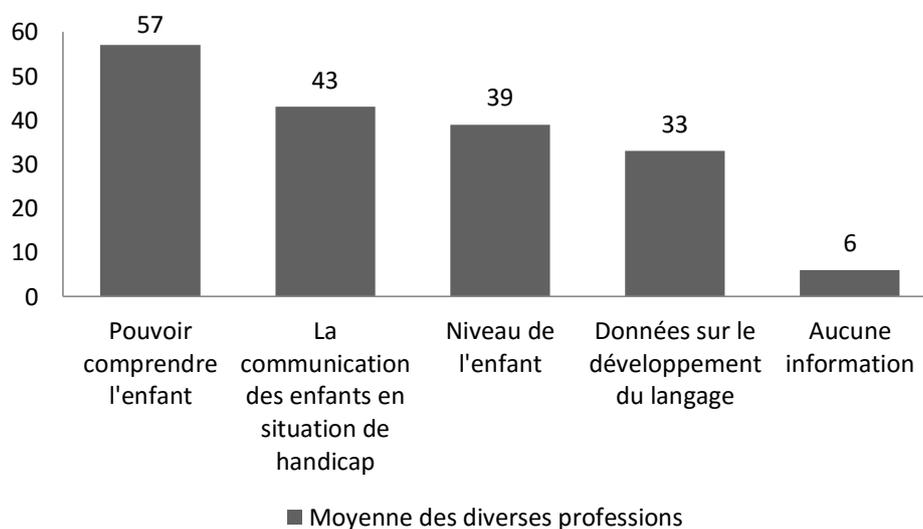
##### **Du point de vue des AESH, ATSEM et enseignants :**

Six AESH affirment ne transmettre aucune information aux orthophonistes lors des échanges. Est-ce juste un ressenti ou est-ce réel ? L'échange serait alors seulement une transmission d'informations unidirectionnelle. Un AESH exprime également le fait qu'aucun contact n'est préconisé par l'inspection académique.

Les ATSEM ne sont pas en lien avec les orthophonistes cependant la majorité ont des attentes et aimeraient avoir des informations de leur part.

Un enseignant rajoute qu'il attend que les orthophonistes le contactent, un autre exprime sa difficulté à les joindre. Cela soulève alors un autre problème : qui contacte qui ? Comment favoriser les échanges sans rester bloquer par des problèmes de temporalité ?

### Les informations que transmettent les orthophonistes sont variées<sup>21</sup> :



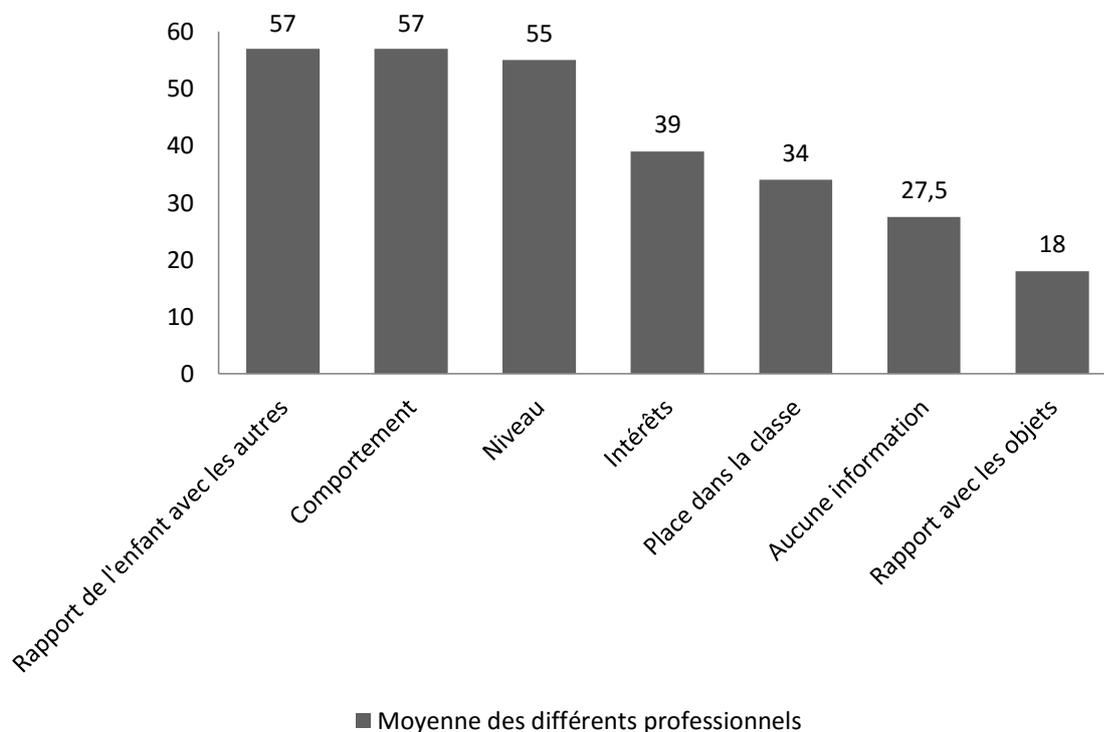
<sup>21</sup> Tableaux récapitulatifs selon les professions visibles en Annexe 8(6).

- Des conseils sur **l'adaptation du langage et des conseils concrets pour communiquer avec l'enfant** sont transmis dans plus de  $\frac{3}{4}$  des cas.
  
- Les avis divergent selon les professionnels sur les informations transmises quant au **développement du langage**. En effet  $\frac{3}{4}$  des orthophonistes disent en transmettre mais la moitié des AESH et  $\frac{3}{4}$  des enseignants et ATSEM n'attendent pas ces informations de l'orthophoniste.
  
- Des informations sur la **communication dans le handicap** peuvent être données également, c'est le cas pour environ  $\frac{1}{3}$  des AESH, ATSEM et enseignants.
  
- Un peu moins de la moitié des AESH, ATSEM et enseignants attendent de l'orthophoniste de pouvoir situer le **niveau de l'enfant**.

Quelques enseignants et AESH précisent qu'ils voudraient avoir des informations sur l'oralité, ou encore qu'ils attendent des orthophonistes un soutien dans les démarches de diagnostic. En effet, l'orthophoniste a divers rôles auprès des intervenants : information, prévention, soutien.

Les informations que transmettent les différents intervenants à l'orthophoniste<sup>22</sup> portent par ordre décroissant sur :

- Le **rapport de l'enfant avec les autres** enfants et adultes
- Le **comportement** de l'enfant à l'école
- Le **niveau** de l'enfant par rapport aux apprentissages (points forts et points faibles)
- Les **intérêts** de l'enfant
- La **place de l'enfant dans la classe**



<sup>22</sup> Tableaux récapitulatifs selon les professions également visibles en Annexe 8(6).

Les informations concernant le rapport de l'enfant avec les objets et ses besoins viennent en second plan. Des enseignants précisent que des informations peuvent concerner le rapport de l'enfant avec l'adulte, son orientation, les rapports entretenus avec la famille.

Par ailleurs, les informations transmises concernant la place de l'enfant ne peuvent être réellement analysées. Ce terme trop large n'a peut-être pas la même signification pour chacun et il aurait été préférable d'être plus précis. En effet, il est impossible de savoir quel sens lui ont donné les personnes sondées (la place qu'occupe l'enfant dans le groupe classe où la place assise en classe).

Les points de vue de chaque professionnel sont homogènes et concordent. Ces résultats mettent en évidence l'importance des échanges. En effet, chaque personne, avec son propre regard, apporte des connaissances qui vont aider les autres à avancer et faire progresser l'enfant.

## 5.5. La création d'un site internet

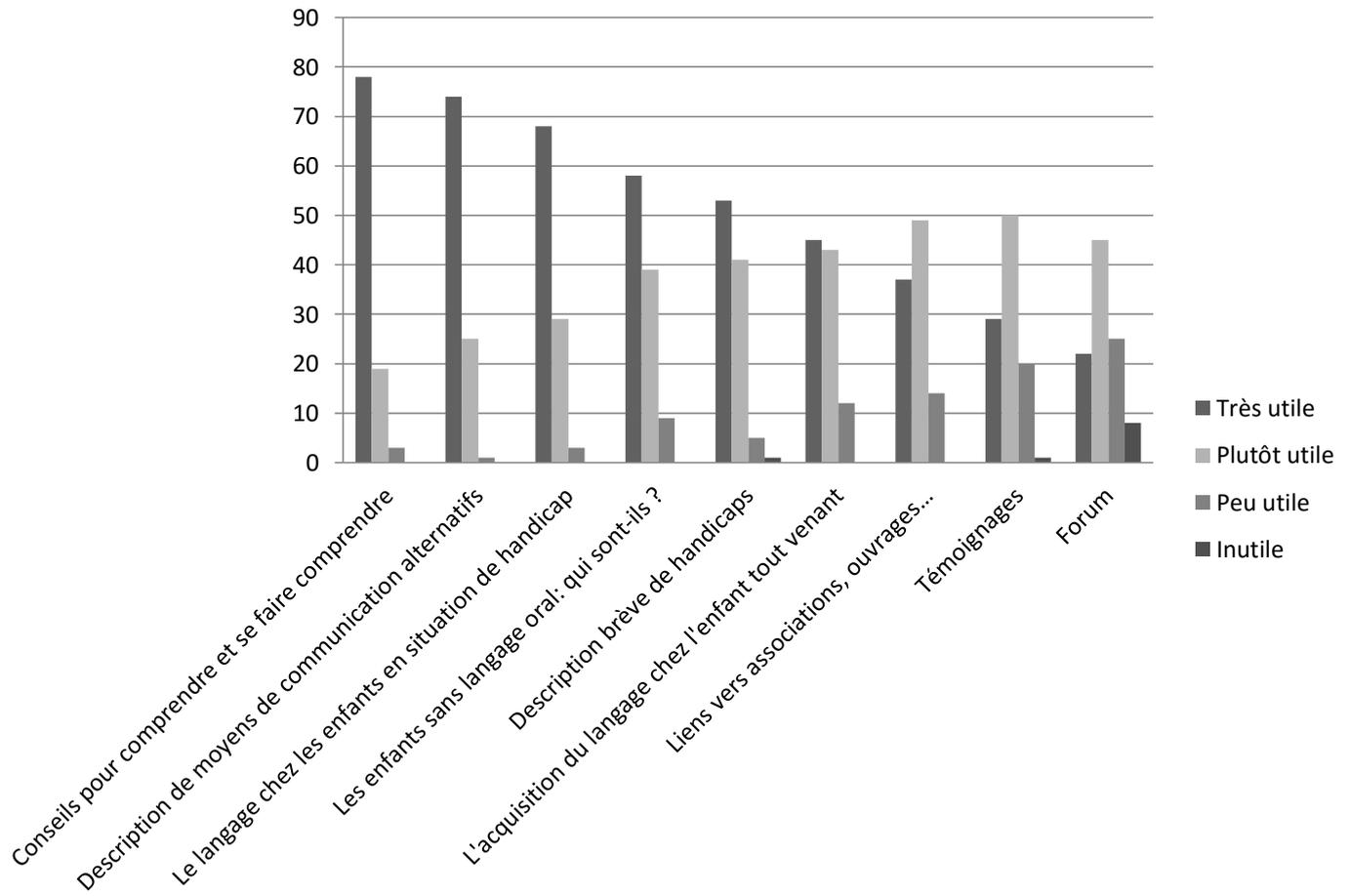
Plus de la moitié des AESH estiment trouver rapidement réponses à leurs questions, ce qui est plutôt positif. En revanche,  $\frac{3}{4}$  des ATSEM et des enseignants ne trouvent pas réponse facilement à leurs questions. Les explications qui prédominent sont que les informations sont dispersées, peu claires ou le vocabulaire utilisé est trop spécifique. Un enseignant souligne la difficulté d'adapter ses recherches, le handicap n'étant pas défini en petite section.

Les informations transmises sur le site internet devront donc être claires avec un vocabulaire accessible et compréhensible par tous. Il serait également intéressant de pouvoir recenser différents sites et rassembler divers liens paraissant utiles.

Sur les 121 professionnels ayant répondu aux questionnaires, 2% pensent que la création d'un site serait peu utile, 38% le pensent utile et 64% très utile. Personne ne l'a jugé inutile. Cependant un enseignant relève l'existence actuelle de nombreux sites et pense qu'il serait préférable de les améliorer avant d'en créer de nouveaux.

La création d'un site informatif est donc très utile selon la majorité des personnes sondées. Les informations à y transmettre seront spécifiques au domaine de l'orthophonie mais concernent chaque profession et personne qui accompagne un enfant en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral.

### L'estimation de l'utilité de données à transmettre sur le site.



Moyenne des différents professionnels

Les informations semblant très utiles à y retranscrire sont, dans l'ordre décroissant :

- Des **conseils pour comprendre l'enfant et se faire comprendre**
- Une description de **moyens de communication augmentatifs et alternatifs**
- **Le langage chez les enfants en situation de handicap**
- **Les enfants sans langage oral** : qui sont-ils ?
- Une **description brève de plusieurs handicaps**
- Un rappel sur **le développement du langage oral** chez l'enfant tout venant

Le détail des réponses visible en annexe 8(7) met en évidence l'homogénéité des réponses entre les différents intervenants. La différence majeure est au niveau des orthophonistes qui jugent certaines parties plutôt utiles et non pas très utiles (enfants sans langage oral, description de handicaps, acquisition du langage oral).

Les orthophonistes et les AESH privilégient les conseils pour comprendre et se faire comprendre, la description des moyens de communication augmentatifs et alternatifs et le langage chez les enfants en situation de handicap. Les mêmes domaines ressortent pour les enseignants et ATSEM mais ils mettent l'accent sur la description brève de handicap et les enfants sans langage oral plutôt que sur le langage chez les enfants en situation de handicap.

Les informations qui ressortent comme plutôt utiles concernent :

- **Les liens vers des sites internet, associations, ouvrages...**
  
- **Les témoignages**
  
- **Le forum**

Ces parties sont plus mitigées. Près de la moitié des orthophonistes juge les témoignages et forums peu utiles ou inutiles et sept personnes ne se sont pas positionnées sur ces propositions.

D'autres idées ont été proposées par les AESH et enseignants comme filmer des séquences types pour savoir comment adapter son langage, donner des astuces pratiques pour « canaliser » ces enfants. Ce dernier terme peut traduire la crainte de l'adulte que l'enfant perturbe le groupe classe. C'est pourquoi leur permettre de changer de regard par rapport au comportement de l'enfant est essentiel.

Certains enseignants souhaitent avoir des informations sur les conférences et les formations sur le handicap, des grilles d'observation, des supports papiers simples et récapitulatifs.

## 5.6. Remarques

26 des 121 participants ont donné leurs coordonnées afin de suivre ce travail de recherche. Cela montre leur intérêt sur ce sujet et leur volonté d'avoir davantage d'informations par le biais du site internet.

21 personnes sondées ont laissé des commentaires dans la partie « remarques, conseils ou autres ». Certains commentaires sont des mots d'encouragements, de soutien, de validation de ce projet. D'autres commentaires apportent d'autres informations.

En effet, plusieurs professionnels mettent en évidence le fait que rien ne vaut de réels échanges. Selon eux, il faut se méfier des conseils généraux et agir au cas par cas. C'est évidemment un critère clef qui sera pris en compte et mis en évidence lors de la création du site.

Un enseignant pense qu'il serait bénéfique que l'orthophoniste observe l'enfant en classe pour confronter cette observation avec la relation duelle en séance. Il met en avant que le lien privilégié qui s'instaure en duo peut être très loin de la réalité. En effet chacun a sa vision de l'enfant et celui-ci peut avoir un comportement différent selon l'environnement. Les échanges d'informations, à défaut de pouvoir aller systématiquement en classe, sont donc indispensables pour prendre en compte ces différences et mieux connaître l'enfant.

Un autre AESH souhaiterait bénéficier de formations spécifiques pour les AESH. Des enseignants réclament des formations claires et pratiques. Les connaissances des intervenants ne les satisfont pas et certains aimeraient être mieux formés. Selon l'éducation nationale et les différents décrets, la formation est possible pour tous. Pouvoir mettre en place un lien sur les possibilités de se former, les dates de formations et de conférence serait intéressant pour favoriser la communication sur ce sujet.

# DISCUSSION

---

## 1. Synthèse des résultats et comparaison avec les objectifs initiaux

---

Les résultats des trois questionnaires sont relativement homogènes et apportent de nombreux renseignements sur les domaines qui nous intéressent. Ils répondent aux objectifs de ce travail de recherche :

- **En savoir plus sur les connaissances et les besoins des différents intervenants en ce qui concerne le développement du langage et le handicap du jeune enfant.**

La majorité des AESH, ATSEM et enseignants estiment que leurs connaissances sur les précurseurs de la communication et le développement du langage sont insuffisantes. Les enseignants sont moins critiques que les AESH et ATSEM par rapport à leurs connaissances sur le développement langagier.

La majorité des différents intervenants ne connaissent pas les différents moyens de communication augmentatifs et alternatifs existants et aimeraient en savoir plus par le biais du site internet.

Tous les types de handicaps sont rencontrés par les différents intervenants. Les troubles du comportement et la déficience intellectuelle sont les principaux handicaps cités. Les AESH ont plus de connaissances que les ATSEM et enseignants sur le handicap, notamment sur le handicap moteur.

Cependant la majorité de ces professionnels estiment que leurs connaissances sur les différentes pathologies sont insuffisantes et souhaitent avoir des informations sur la communication de l'enfant à besoins spécifiques et avoir une description brève des différents handicaps. Les connaissances qu'ils ont acquises proviennent principalement de recherches personnelles sur internet et d'échanges entre professionnels.

La majorité des ATSEM et enseignants ne se sentent pas à l'aise pour recevoir ces enfants. Le manque de formation et l'effectif trop élevé de la classe justifient ce positionnement.

Ainsi les résultats démontrent que les différents intervenants **manquent de connaissances sur le développement langagier et le handicap** pour adapter au mieux l'accueil du jeune enfant en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral. Ils sont amenés à **chercher des informations par eux-mêmes**. Ils **sont intéressés et voudraient en savoir plus**. L'orthophoniste a un rôle dans l'information et la prévention et peut aider à répondre à certains besoins, notamment sur le domaine langagier.

- **En savoir plus sur les échanges entre les différents intervenants et les informations transmises.**

Les orthophonistes sont plus en lien avec les enseignants qu'avec les AESH et ont très peu de contact avec les ATSEM. Certains AESH et enseignants se plaignent de ne pas pouvoir être en lien avec les orthophonistes. La place accordée aux différentes professions semble être différente, pourtant chaque intervenant a des informations à transmettre.

Les échanges se font principalement lors des ESS ou par échanges téléphoniques.

Les informations transmises aux orthophonistes portent sur le comportement de l'enfant, le rapport avec les autres, son niveau. Les AESH, ATSEM et enseignants souhaitent que les orthophonistes les aident à comprendre l'élève, à se faire comprendre mais aussi les renseignent sur la communication de l'enfant en situation de handicap et le développement langagier.

Il ressort donc que les **échanges sont courants mais non systématiques**. Les différentes informations échangées mettent en évidence le **besoin d'informer sur des domaines spécifiques**. Les échanges sont multidirectionnels et doivent permettre à chacun d'améliorer sa position envers l'enfant. Il serait intéressant de trouver un moyen qui permettrait de favoriser la communication entre les différents professionnels et d'échanger facilement et rapidement des informations clefs.

- **Savoir quelles informations seraient utiles aux professionnels pour créer un site internet informatif.**

Selon la majorité des personnes sondées, la création d'un tel site serait utile voire très utile.

Les intervenants **veulent des conseils pour comprendre et se faire comprendre**, ils **souhaitent en savoir plus** sur les **différents moyens de communication existants**, le **langage de l'enfant en situation de handicap**, les **profils de ces enfants**.

Les résultats mettent en exergue les différents besoins des AESH, enseignants et ATSEM. Ces professionnels ont investi les questionnaires et ont pu exprimer leurs ressentis face à leurs connaissances.

Ainsi, les questionnaires ont permis de répondre aux objectifs fixés. Les enseignants de maternelle, les ATSEM et les AESH **ne pensent pas posséder assez de connaissances sur le handicap de l'enfant et les précurseurs de la communication** pour adapter au mieux l'accueil des enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral. **Diverses informations sont échangées entre les professionnels**, permettant d'avoir un regard global sur l'enfant, de mieux le connaître et le comprendre. **L'orthophoniste peut aider à informer et a un rôle de prévention et de sensibilisation.**

## 2. Critiques

---

Ce travail de recherche permet d'en savoir plus sur les ressentis et les besoins des différentes personnes accueillant le jeune enfant en situation de handicap. Il permet d'avoir des données d'appui pour créer un support d'informations. Cependant il semble important de revenir sur certains points qui ont pu biaiser les résultats.

### 2.1. Le choix de la méthode

Les questionnaires ont permis de récolter de nombreux résultats et de les analyser quantitativement. Seulement ils ne permettent pas d'approfondir les réponses. Rencontrer certains professionnels aurait été intéressant pour en savoir plus sur les besoins réels, élargir les données et croiser les expériences. Le faire en amont des questionnaires aurait pu permettre de mieux cibler les questions.

### 2.2. La diffusion des questionnaires et le choix des participants

Les départements ne sont pas représentés de manière égale dans ce travail de recherche. En effet comme vu dans la partie méthodologie, chaque département ne diffuse pas les adresses mail des écoles sur le site de leur académie. L'analyse des réponses selon les départements n'est donc pas possible. Les résultats de ce travail représentent majoritairement la Loire Atlantique et ne sont pas généralisables à la région Pays de Loire.

Les questionnaires sont envoyés aux directeurs des écoles. Le lien n'est donc pas établi directement avec les personnes concernées et rien n'assure que le courrier leur soit transmis. De plus, les AESH interviennent dans plusieurs établissements et ont parfois peu de contact avec la direction de l'école.

Le faible taux de réponses ne permet pas de généraliser et la répartition des différents professionnels n'est pas équitable. Les enseignants et orthophonistes ont participé en grand nombre, les réponses des AESH et ATSEM sont très limitées. On peut se demander d'où vient cette différence : le moyen de diffusion était-il adéquat, ces intervenants se sentent-ils concernés par ce sujet ?

La participation aux questionnaires se faisait sur la base du volontariat. Les personnes qui ont répondu sont probablement sensibilisées à ce sujet. En effet, la question du handicap n'est pas envisagée de la même manière par tout le monde. Il n'y a aucun moyen de vérifier la justesse des réponses, nous pouvons seulement compter sur l'honnêteté des participants.

### 2.3. Les questions

Les questions sont nombreuses. Par ailleurs, les précurseurs de la communication ne sont pas suffisamment mis en avant et l'utilité d'informer sur cette notion n'est peut-être pas assez explicite.

L'utilisation d'un vocabulaire spécifique peut rendre l'interprétation des questions difficile. En effet, les termes de développement du langage et précurseurs de la communication ne sont pas développés volontairement. Le détail aurait complexifié le questionnaire et rendu la passation plus longue. Ces termes généraux permettent de voir ce que les professionnels en pensent spontanément mais il serait intéressant de

savoir ce qu'ils en comprennent. Détailler chaque type de précurseur aurait pu être intéressant pour avoir plus de précision et cibler les besoins plus en profondeur.

Les réponses proposées sont limitées. Les propositions doivent être objectives et ne pas influencer les participants mais le sont-elles réellement ? Les personnes sondées peuvent rajouter leur propre réponse dans « autre ». Peu de participants en ont rajouté, on peut se demander si c'est par manque d'investissement ou parce que les réponses leur convenaient.

Lorsque les participants doivent estimer leurs connaissances sur un domaine, la réponse est subjective. Il serait intéressant de pouvoir réellement tester leurs connaissances en posant des questions précises et ainsi pouvoir estimer l'écart entre leur ressenti et la réalité. Cependant les résultats obtenus sont intéressants. En effet, si les AESH, ATSEM et enseignants estiment que leurs connaissances sont insuffisantes c'est qu'ils pensent avoir besoin de les approfondir, ils sont en demande et veulent en savoir davantage.

Une question se référant aux autres professionnels qui suivent l'enfant aurait été pertinente pour savoir si les rôles de chacun sont connus de tous et s'ils aimeraient avoir des informations sur les personnes pouvant suivre l'enfant.

Les différents intervenants indiquent s'ils sont en lien ou non avec l'orthophoniste. Aucune explication n'est donnée lorsqu'ils ne le sont pas. Il aurait été intéressant de rajouter une question avec diverses propositions pour savoir si l'absence d'échange est volontaire ou non. Si elle est subie, est-ce par manque de temps ou d'investissement, par méconnaissance de chaque métier ou à cause de la notion de secret professionnel ?

## 2.4. La création d'un site internet

La création d'un site internet semble très utile selon la majorité des personnes sondées. Seulement, le site internet était le seul moyen de communication proposé. On peut se demander si un autre support d'informations aurait été plus adapté et apprécié.

De plus, comme le remarquait un enseignant, de nombreux sites existent et il faudrait pouvoir les rassembler et les améliorer avant d'en créer de nouveau.

Pour finir, la création d'un site internet est restrictive. Cet outil peut apporter des pistes aux différents professionnels mais n'est pas suffisant pour compenser tous les besoins exprimés. En effet, même s'ils ont accès à des renseignements sur la communication du jeune enfant en situation de handicap rien ne remplace les échanges réels. Il serait surtout intéressant de trouver un moyen de favoriser les liens interprofessionnels.

### 3. La création du site internet : un projet en cours

---

Selon les résultats des questionnaires, la création d'un site informatif serait très utile. Les besoins sont larges mais il n'est pas possible de tous les prendre en compte avant la fin de ce travail de recherche. Les premiers articles sont en ligne mais le site est encore en cours d'élaboration. Un aperçu de la page d'accueil est visible en Annexe 9.

De nombreux sites proposent des créations de sites en ligne. Les critères principaux pour la création de ce site ont été la gratuité du service, la clarté de la présentation, l'absence de publicités invasives.

#### 3.1. Le choix d'un nom représentatif

Le choix d'un nom n'est pas évident. Il doit être simple à retenir, représenter ce dont il veut parler pour être accessible à un maximum de personnes. Le titre peut alors paraître restrictif.

Le site se nomme « [elevesanslangageoral.wordpress.com](http://elevesanslangageoral.wordpress.com) ».

Mais le nom affiché en page d'accueil est différent. Il correspondait en premier lieu au titre de ce mémoire « la scolarisation en maternelle d'enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral ». Seulement la scolarisation ne sera pas réellement abordée sur ce site. La communication de l'élève en situation de handicap y est mise en avant. C'est pourquoi le titre est désormais « *Ces élèves qui disent des choses mais qui ne parlent pas...* ».

### 3.2. Des précautions à prendre

Les données du site sont visibles par tout le monde. Il sera important de surveiller les commentaires et témoignages publiés afin de ne pas entraver la confidentialité et le secret professionnel.

Il sera également essentiel de préciser les limites du site : chaque enfant est différent, les données mises en ligne sont générales mais ne sont pas généralisables.

### 3.3. Le contenu du site au plus proche des besoins exprimés

Les attentes des différents intervenants ont été décrites dans ce mémoire. Le site comporte plusieurs rubriques essentielles :

- **Qui sont les enfants sans langage oral ?**

Cette rubrique inclut une description brève des différents handicaps pouvant expliquer l'absence de langage oral.

- **La communication de l'enfant en situation de handicap**

Cette partie reprend les différents aspects du langage selon le type de handicap.

- **Les précurseurs de la communication**

Un rappel sur le développement du langage oral chez l'enfant tout venant y est inclus en insistant sur les précurseurs de la communication. D'autres facteurs pouvant influencer le développement langagier y sont également décrits.

- **Les moyens de communication augmentatifs et alternatifs.**

Les différents moyens cités dans ce mémoire sont abordés dans cette partie.

- **Des conseils pour comprendre l'enfant et se faire comprendre**

Cette partie reprend les points clefs des parties précédentes permettant de donner du sens au comportement de l'enfant et de l'amener à communiquer.

Ces parties sont publiées et visibles sur le site internet. Elles seront à agrémenter d'images, de liens vers des sites, associations et ouvrages permettant ainsi aux personnes intéressées d'aller chercher davantage d'informations s'ils le désirent. Cependant il est préférable d'avoir les accords des webmasters concernés avant de référencer leur site. Les demandes ont été émises et sont actuellement en attente.

Dans l'idéal, il faudrait également créer une autre partie avec des informations sur les formations et conférences existantes.

### 3.4. Et à long terme ?

Le site est amené à évoluer par la suite. Il serait intéressant d'avoir les avis d'autres professionnels de santé et d'avoir des rubriques dédiées à chacun.

De plus, inclure des enregistrements vidéo ou audio permettrait d'illustrer concrètement les informations transmises.

Enfin, un des objectifs de ce site étant de favoriser les échanges entre différents professionnels, on peut se demander si la création d'une plateforme d'échanges sécurisée serait possible et pertinente.

## 4. Perspectives de ce travail de recherche

---

Le site internet est en construction. Il faudrait pouvoir l'évaluer par la suite, savoir s'il répond aux attentes des différents professionnels, si son fonctionnement leur correspond et si les informations transmises sont suffisamment claires.

L'enquête évalue les besoins des enseignants, AESH et ATSEM vis-à-vis de l'accueil du jeune enfant en situation de handicap mais qu'en est-il des orthophonistes ? La formation initiale inclue un nombre d'heures succinct sur ce domaine, on peut se demander si celles-ci satisfont les orthophonistes et leur suffisent à se sentir à l'aise pour accueillir un enfant en situation de handicap.

De même, ce travail de recherche se limite aux enfants scolarisés en maternelle. Mener des enquêtes similaires auprès d'enseignants d'école élémentaire, de collège, lycée, d'études supérieures mettrait sans doute en évidence d'autres besoins.

Enfin, les domaines explorés sont spécifiques à l'orthophonie. Or le croisement des regards fait toute la richesse des prises en charge, permet d'améliorer ses connaissances et est indispensable pour l'enfant. Mettre en parallèle ce travail de recherche avec d'autres professionnels tels que kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotriciens, orthoptistes, psychologues, éducateurs serait très riche.

## CONCLUSION

---

La scolarisation en maternelle d'enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral soulève de nombreuses questions. Pour accompagner au mieux ces enfants, se sentir à l'aise et adapter leur posture, les différents intervenants doivent être formés spécifiquement.

Les enquêtes menées lors de ce travail de recherche ont permis de mettre en évidence plusieurs points essentiels à prendre en compte pour favoriser une réelle inclusion. Celle-ci est favorisée par les textes de loi mais la réalité est tout autre. En effet, les AESH, ATSEM et enseignants n'estiment pas avoir assez de connaissances vis-à-vis du handicap et de la communication pour accueillir les enfants en situation de handicap. De plus, la collaboration entre ces professionnels et les orthophonistes est essentielle et de nombreux renseignements sont échangés. Les différents intervenants sont en attente d'informations et de conseils pour accompagner ces jeunes enfants.

Un site internet est en cours d'élaboration pour répondre à certains besoins. Il permettra aux différentes personnes qui reçoivent des enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral de se renseigner sur la communication dans le cadre du handicap. Ce site a également pour objectif de favoriser les échanges interprofessionnels. La création d'un outil informatif peut aider certaines personnes mais ne permet pas de compenser tous les besoins. Pourtant, répondre aux demandes des professionnels est essentiel : les enfants accueillis doivent pouvoir trouver leur place, avec leurs spécificités et les adultes qui les accompagnent ne doivent pas être mis à mal. Recevoir un enfant en situation de handicap ne doit plus être menaçant pour les différents professionnels de l'éducation mais aussi pour ceux de la santé. En effet, il serait essentiel de co-construire des projets de sensibilisation et de formations pour les AESH, ATSEM, enseignants mais aussi pour les orthophonistes. Une réelle collaboration permettrait de partager des connaissances spécifiques, croiser les regards, améliorer la formation de chacun et ainsi favoriser l'inclusion et le bien-être des enfants et de leurs accompagnants.

## GLOSSAIRE

---

AESH : Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap

ASEM : Agents Spécialisés des Ecoles Maternelles (écoles privées)

ATSEM : Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles (écoles publiques)

BEP : Enfants à Besoins Educatifs Particuliers

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CAPA-SH : Certificat d'Aptitude Professionnel pour les Aides Spécialisées

CLIS : Classe d'Intégration Scolaire en école élémentaire

CMP : Centre Médico Psychologique

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

ESPE : Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education

IEM : Institut d'Education Motrice

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

IME : Institut Médico Educatif

IMOC : Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

MEEF : Métiers de l'Enseignement de l'Education et de la Formation

MEN : Ministère de l'Education Nationale

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

SESSAD : Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

UPI : Unité Pédagogique d'Insertion en collège

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Ouvrages

Aguado, G. & Narbona, J. (2007). Langage et déficience mentale. In Chevrie-Muller, C. & Narbona, J. (Eds). *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologique* (pp.517-533). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Bailleul, M., Bataille, P., Lanoë, C., & Mazereau, P. (2009). *Ecole et Handicap. De la coexistence à la reconnaissance*. Paris : Sudel.

Bouly de Lesdain, A. (2010). Orthoptiste au CAMSP. *Contraste*, 2(33), 259-277.

Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E. & Masy, V. (2011). Dictionnaire d'orthophonie. Isbergues: Ortho Edition.

Cataix-Negre, E. (2010). Bébés et jeunes enfants en difficulté de communication : « Accessibilisation » de l'information et Communication Alternative Améliorée. *Rééducation orthophonique*, 48(241), 65-82.

Chevrie-Muller, C.(2007). Troubles spécifiques du développement du langage. « Dysphasies de développement ». In Chevrie-Muller, C. & Narbona, J. (Eds). *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologique* (pp.361-419). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Colletta, J-M. & Batista, A. (2010). Premières verbalisations, gestualités et conduites bimodales : données et questions actuelles. *Rééducation orthophonique*, 48(241), 21-34.

Crunelle, D. (2010). S'attacher pour mieux se détacher : l'impact des interactions précoces sur l'émergence du langage. *Rééducation orthophonique*, 48(244), 13-20.

Danon-Boileau, L. (2002). Des enfants sans langage. Paris : Odile Jacob.

Danon-Boileau, L. (2011). Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant. Paris : Que sais-je ?

Delahaie, M. (2009). L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Saint-Denis : Inpes.

Denni-Krichel, N. (2010). Prise en charge orthophonique précoce de l'enfant avec TED. *Rééducation orthophonique*, 48(241), 35-48.

Gillig, J-M. (2007). *Mon enfant aussi va à l'école. La scolarisation des enfants et adolescents handicapés en 20 questions*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Golse, B.(2014). L'émergence du langage et la métaphore de l'araignée. *Rééducation orthophonique*, 48(244), 5-12.

Guidetti, M, & Tourette, C. (2004). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin.

Klinger-Delarge, O. (2013). *100 idées pour accompagner les enfants déficients intellectuels*. Paris : Tom Pousse.

Leroy-Malherbe, V. (2002). L'infirmité motrice cérébrale. *Déficiences motrices et situations de handicaps*, 153-162

Livoir-Peterson, M-F. (2010). Approche sensorimoteur et la question du morcellement. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 162(2010), 38-57.

Louis, J-M, Ramond, F. (2013). *Scolariser l'élève handicapé*. Paris : Dunod.

Martel, K., Leroy-Collombel, M. (2010). Du gazouillis au premier mot : rôle des compétences préverbaux dans l'accès du langage. *Rééducation orthophonique*, 48(244), 77-94.

Martinet, A. (1969). Fonctions du langage et linguistique appliquée. *Communication et langages*, 1(1), 9-18.

Mathiot, E. (2010). Ce que le pointage du jeune enfant nous dit du développement cognitif et langagier. *Rééducation orthophonique*, 48(244), 121-138.

Nader-Grosbois, N. (2014). *Développement cognitif et communicatif du jeune enfant. Du normal au pathologique*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.

Rapin, I. (2007). Syndromes lésionnels précoces : infirmité motrice cérébrale. Pathologie de la parole et du langage. In Chevrie-Muller, C. & Narbona, J. (Eds). *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologique* (pp.535-559). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Rondal, J-A. (1996). *Faire parler l'enfant retardé mental*. Bruxelles : Labor.

Rondal, J-A. (2009). *Psycholinguistique du handicap mental*. Marseille : Solal.

Syvlestre, A. (2001). Infirmité motrice cérébrale et handicaps multiples. In Rondal, J-A. & Comblain, A. (Eds). *Manuel de psychologie des handicaps. Sémiologie et principes de remédiation* (pp.251-281). Sprimont : Mardaga.

Thérond, B. (2010). Les comportements précurseurs de la communication : précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques. *Rééducation orthophonique*, 48(244), 111-120.

Tommen, E. (2010), Quelles relations entre l'émergence du langage et le développement de la théorie de l'esprit ? *Rééducation orthophonique*, 48(244), 21-34.

Truscelli, D. (2007). Syndromes lésionnels précoces : infirmité motrice cérébrale. Pathologie de la parole et du langage. In Chevrie-Muller, C. & Narbona, J. (Eds). *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologique* (pp.325-348). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Van Hout, A. (2007). L'aphasie de l'enfant. In Chevrie-Muller, C. & Narbona, J. (Eds). *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologique* (pp.422-433). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Van Waeyenberghe, M. (2010). Approche orthophonique des enfants sans langage. *Rééducation orthophonique*, 48(244), 111-120.

Veneziano, E. (2010). Jeu et langage en développement : entre fonction sémiotique et théorie de l'esprit. *Rééducation orthophonique*, 48(244), 35-52.

Vinter, S. (2001). L'enfant déficient auditif. In Rondal, J-A. & Comblain, A. (Eds). *Manuel de psychologie des handicaps. Sémiologie et principes de remédiation* (pp.161-193). Sprimont : Mardaga.

## Articles

Beaucher, H. (2012). La scolarisation des élèves en situation de handicap en Europe. Sèvres : CRID.

Billard, C. (2007). Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, (20), 152-156.

Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.

Cuny, F., Dumont, A. & Mouren, M-C. (2004). Les techniques d'aides aux jeunes enfants sans langage. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, (52), 490-496.

Bursztejn, C. & Gras-Vincendon, A. (2001). La théorie de l'esprit : un modèle de développement de l'intersubjectivité ? *Neuropsychiatrie enfance et adolescence*, 49, 35-41.

Guillerme, C-J. (2014). L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale*, 4(72), 25-38.

Le Laidier, S. (2015). À l'école et au collège, les enfants en situation de handicap constituent une population fortement différenciée scolairement et socialement, *Note d'information*. MEN, (4).

Maisonneuve, C. (2014). Elèves handicapés, l'inclusion fait école. *Orthomagazine*, (112), 15-27.

Ménard, M. (2012). Enseignement scolaire, AVIS présenté au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de la loi de finances pour 2013, 4(252).

Mendes, D-M-L-F., Seidl-de-Moura, M-L, Oliveira-Siqueira, J. (2009). The ontogenesis of smiling and its association with mothers' affective behaviors: a longitudinal study. *Infant behavior and development*, 32(2009), 445-453.

Ministère de l'Education Nationale, (2013). ESPE, une formation à forte dimension professionnelle reconnue par un diplôme de master, *Information*.

Nadel, J. (2005). L'imitation : un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(2005), 378-383.

Nguyen, N. & Delvaux, V. (2015). Role of imitation in the emergence of phonological systems. *Journal of phonetics*, 53(2015), 46-54.

Olivier, I., Cuisinier, R., Vaugoyeau, M., Nougier, V. & Assaiante, C.(2006). Gestion d'une double tâche à l'âge de 7 ans et à l'âge adulte : tâche cognitive et maintien postural. In M. Lacour & P. Rougier (Eds), *De Marey à nos jours : un siècle de recherches sur la posture et le mouvement* (pp. 203-214). Paris : Solal.

Piérart, B. (2003). Après-propos. L'identification de spécificités langagières intersyndromiques : les enjeux épistémologiques et cliniques. *Enfance*, 3(55), 283-286.

Pirchio, S., Caselli, M-C. & Volterra, V. (2003). Gestes, mots et tours de parole chez des enfants atteints du syndrome de williams ou du syndrome de down. *Enfance*, 3(55), 251-264.

Piveteau, D. (2014). « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches. *Rapport*.

Puig, J. (2013). Handicap, quels accompagnements ?. *Fenêtre sur cours*, (390), 80-82.

Sauvaget, D. & Skrzypek, C. (2010). Secret partagé et préservation de l'intime. *Empan*, 1(77), 58-61.

Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 3(209), 35-48.

Thomazet, S. (2006). De l'intégration à l'inclusion. Une nouvelle étape dans l'ouverture de l'école aux différences. *Le français aujourd'hui*, 1(152), 19-27.

Vallaud-Belkacem, N. (2015). Année scolaire 2015-2016. *Dossier de presse*. MEN.

Vanoye, F. (1983). Fonctions du langage et pédagogie de la communication. *Pratiques*, 40, 37-50.

## **Textes législatifs**

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées  
Version consolidée au 19 janvier 2016.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n°36 du 12 février 2005. p.2353.

Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. JORF n°0157 du 9 juillet 2013. p.11379.

Loi n° 2014-788 du 10 juillet 2014 – Code de l'éducation. art. 1 (V) Article L124-5

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 pour la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009. p.12184. Article 59.

### **Sites internet :**

<http://www.ac-nantes.fr/>

<http://www.education.gouv.fr/>

<http://eduscol.education.fr/>

<http://guidespratiquesavs.fr/>

<http://www.info-langage.org/>

<http://www.insee.fr/fr/>

<http://www.inshea.fr/>

<http://www.makaton.fr/>

<http://www.tousalecole.fr/>

<http://www.pecs-france.fr/>

# ANNEXES

---

## ANNEXE 1. PPS vierge

# B.O.

Bulletin officiel n° 8 du 19 février 2015

### Annexe 1

Académie de ...	MDPH de ...
-----------------	-------------

### Projet personnalisé de scolarisation

Ce PPS est valable jusqu'à la fin du cycle en cours. Il peut être révisé à la demande de la famille.

#### 1. Situation actuelle (à la date du \_\_/\_\_/\_\_)

<b>Renseignements administratifs :</b>	
N° dossier MDPH : _____	
Nom et prénom de l'élève : _____ Date de naissance : __/__/__	
N° et rue _____	
Code postal : ____ Ville _____	
Tel __/__/__/__/__ Courriel : _____	
Parents / Responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Mme / <input type="checkbox"/> M. Nom et prénom : _____	<input type="checkbox"/> Mme / <input type="checkbox"/> M. Nom et prénom : _____
N° et rue : _____	N° et rue : _____
CP Ville : _____	CP Ville : _____
Tél. : _____	Tél. : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Choix du mode de communication dans le cadre d'un parcours linguistique</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
(nomenclature 1 : modes de communication)	
Établissement scolaire fréquenté : _____	
Si différent, établissement scolaire de référence : _____	
Établissement médico-social (le cas échéant) : _____	
Autre établissement (sanitaire, social...) fréquenté : _____	
Enseignant référent : _____	
Téléphone : _____	
Adresse e-mail : _____	
<b>Scolarisation actuelle :</b>	
Modalité de la scolarisation :	<input checked="" type="checkbox"/>
	(nomenclature 2 : modalités de scolarisation)
Classe :	<input checked="" type="checkbox"/>
	(nomenclature 3 : classes)

Temps effectif de scolarisation par semaine (en demi-journée) :  
Si la durée de scolarisation est inférieure à une demi-journée, préciser la durée :

Lieux (Ets scolaire, EMS, ...)	temps

(nomenclature 4 : lieux de scolarisation) (nomenclature 5 : temps de scolarisation)

Projet de vie de la famille, projet de formation :

## 2. Priorités et objectifs

- **Objectifs pédagogiques** (en référence au socle et aux référentiels des formations suivies)  
*Exemple : Acquisitions comparables à la moyenne de la classe d'âge, ou programmation adaptée des objectifs d'apprentissage (préciser si le niveau n'est pas homogène)*
- **Articulation entre les temps d'enseignement, les temps périscolaires et les interventions psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales**  
*Exemple : Interventions prioritairement en dehors du temps scolaire  
Interventions prioritairement sur temps scolaire*
- **Priorités complémentaires**  
*Exemple : Socialisation, maîtrise de l'outil informatique, autonomie (dans les déplacements, hygiène...), vie scolaire*

## 3. Réponses aux besoins : propositions de l'équipe pluridisciplinaire

- **Orientation scolaire**  
  
(nomenclature 6 : orientation concernant la scolarité)
- **Orientation médico-sociale**  
  
(nomenclature 7 : orientation vers un établissement ou service médico-social)
- **Matériel pédagogique adapté**  
  
(nomenclature 8 : matériel pédagogique adapté)
- **Aide humaine**
  - Aide humaine individuelle :

Nombre d'heures : \_\_\_\_\_

ou % du temps de scolarisation en milieu ordinaire : \_\_\_\_\_

Aide humaine mutualisée

**Déclinaison des activités principales indiquées sur la notification**

(nomenclature 9 : activités des personnels chargés de l'aide humaine)

#### 4. Décisions

##### • Orientation scolaire

(nomenclature 6 : orientation concernant la scolarité)

Du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom d'Établissement (si indiqué sur la notification) : \_\_\_\_\_

##### • Orientation médico-sociale

(nomenclature 7 : orientation vers un établissement ou service médico-social)

Du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom d'Établissement (si indiqué sur la notification) : \_\_\_\_\_

##### • Matériel pédagogique adapté

(nomenclature 8 : matériel pédagogique adapté)

Du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_

##### • Aide humaine

Aide humaine individuelle :

Nombre d'heures : \_\_\_\_\_

ou % du temps de scolarisation en milieu ordinaire : \_\_\_\_\_

Aide humaine mutualisée

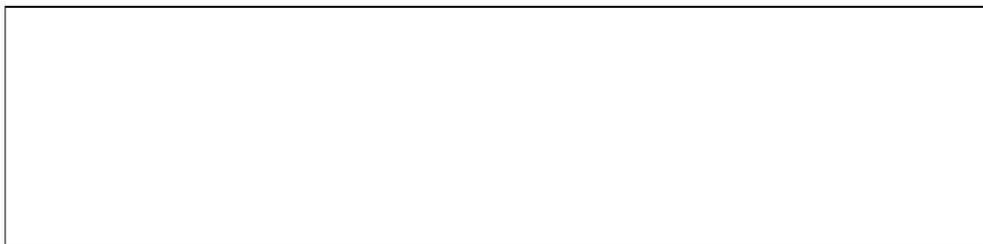
Du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_

**Déclinaison des activités principales indiquées sur la notification**

(nomenclature 9 : activités des personnels chargés de l'aide humaine)

**5. Préconisations**

(nomenclature 10 : Préconisations)



## ANNEXE 2. GEVA-Sco vierge

Version 2 – décembre 2014



Cachet MDPH

### Éléments relatifs à un parcours de scolarisation et/ou de formation : support de recueil d'informations

PREMIÈRE DEMANDE

Pour l'année scolaire 20\_\_\_/20\_\_\_

Date de réunion de l'équipe éducative \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

#### Identification

Nom et prénom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

N° et rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Coordonnées des représentants légaux		
Parents		Autre responsable légal
<input type="checkbox"/> Mme / <input type="checkbox"/> M. : _____	<input type="checkbox"/> Mme / <input type="checkbox"/> M. : _____	<input type="checkbox"/> Mme / <input type="checkbox"/> M. : _____
N° et rue : _____	N° et rue : _____	N° et rue : _____
CP : _____ Ville : _____	CP : _____ Ville : _____	CP : _____ Ville : _____
Tél. : _____	Tél. : _____	Tél. : _____
Courriel : _____	Courriel : _____	Courriel : _____

#### Points saillants liés à la scolarisation

Nom et coordonnées de l'enseignant référent du secteur : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Établissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée : \_\_\_\_\_

N° et rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

#### Parcours de scolarisation

Années	Scolarisation



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

1/6

**Conditions actuelles de scolarisation (accompagnement ou aide spécifique, conditions matérielles, décloisonnement, autres...)**

Plan ou projets formalisés	Commentaires (durée de mise en œuvre, effets...)
<input type="checkbox"/> PAI	
<input type="checkbox"/> PPRE <input type="checkbox"/> PAP	
<input type="checkbox"/> Mesures éducatives	
<input type="checkbox"/> Autres	

Accompagnement et soins	Commentaires, précisions
<input type="checkbox"/> RASED	
<input type="checkbox"/> SAPAD	
<input type="checkbox"/> CNED	
<input type="checkbox"/> Soins hospitaliers	
<input type="checkbox"/> CAMPS <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> CMPP	
<input type="checkbox"/> EMS	
<input type="checkbox"/> SESSAD	
<input type="checkbox"/> Soins en libéral	
<input type="checkbox"/> Autres	

Conditions matérielles	Commentaires, précisions
<input type="checkbox"/> Aménagements et adaptations pédagogiques	
<input type="checkbox"/> Outils de communication	
<input type="checkbox"/> Matériel informatique et audiovisuel	
<input type="checkbox"/> Matériel déficience auditive	
<input type="checkbox"/> Matériel déficience visuelle	
<input type="checkbox"/> Mobilier et petits matériels	
<input type="checkbox"/> Transport	
<input type="checkbox"/> Autres	

**Évaluation de la scolarité (à renseigner obligatoirement)**

Niveau d'enseignement dans les apprentissages (CP,CE1...). Si le niveau n'est pas homogène, préciser :

- scolarité sans aménagements ayant permis des acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge
- scolarité sans aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- scolarité avec des aménagements ayant permis les acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- scolarité avec des aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge

**Emploi du temps actuel de l'élève**

(temps de scolarisation, activités périscolaires, accompagnement et soins, lieux...)

	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			

## Observation des activités de l'élève

	ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	Cadre 1 OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	Cadre 2 POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Tâches et exigences générales, relation avec autrui	S'orienter dans le temps							
	S'orienter dans l'espace							
	Fixer son attention							
	Mémoriser							
	Gérer sa sécurité							
	Respecter les règles de vie							
	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales							
Mobilité, manipulation	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui							
	Faire ses transferts (ex.: du fauteuil roulant à la chaise dans la classe)						Accessibilité du bâti : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partielle	
	Se déplacer à l'intérieur, à l'extérieur (dans le cadre des activités scolaires)						Nature des difficultés rencontrées :	
Entretien personnel	Utiliser les transports en commun							
	Avoir des activités de motricité fine							
	Assurer l'élimination et utiliser les toilettes							
Communication	S'habiller/se déshabiller							
	Prendre ses repas (manger, boire)							
	Prendre soin de sa santé							
	Parler							
	Comprendre la parole en face à face							
	Comprendre une phrase simple							
	Produire et recevoir des messages non verbaux							

- A : activité réalisée sans difficulté et seul.  
 B : activité réalisée avec des difficultés ponctuelles et/ou une aide ponctuelle.  
 C : activité réalisée avec des difficultés régulières et/ou une aide régulière (commentaires indispensables si la case est cochée).  
 D : activité non réalisée (commentaires indispensables si la case est cochée).



PREMIÈRE DEMANDE | NOM DE L'ÉLÈVE :

4/6

## Observation des activités de l'élève (suite)

	ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	Cadre 1 OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	Cadre 2 POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Tâches et exigences en relation avec la scolarité	Lire							
	Écrire							
	Calculer							
	Organiser son travail							
	Contrôler son travail							
	Accepter des consignes							
	Suivre des consignes							
	S'installer dans la classe							
	Utiliser des supports pédagogiques							
	Utiliser du matériel adapté à son handicap							
	Prendre des notes (quel que soit le support)							
	Participer à des sorties scolaires							

- A : activité réalisée sans difficulté et seul.  
 B : activité réalisée avec des difficultés ponctuelles et/ou une aide ponctuelle.  
 C : activité réalisée avec des difficultés régulières et/ou une aide régulière (commentaires indispensables si la case est cochée).  
 D : activité non réalisée (commentaires indispensables si la case est cochée).

Évolutions observées et perspectives, notamment en matière de projet professionnel :



PREMIÈRE DEMANDE | NOM DE L'ÉLÈVE :

5/6



## ANNEXE 3. Plan de formation des AESH

PAGE 1

POLE ASH 44

4/09/15



### Plan de formation d'adaptation à l'emploi des AESH/EVSH

2015/2016

Code dispositif Dans la première colonne du tableau les lettres A/B/C correspondent aux trois modules du plan de formation d'adaptation à l'emploi prévu dans le cahier des charges.

**A = Connaissance du système éducatif**

**B = Connaissance du Handicap**

**C = Pratiques Professionnelles**

Les numéros indiquent la séquence traitée dans le cadre de ces modules et les modalités d'organisation (date, lieux, horaires)

Exemple A 1: / 1 = Le système éducatif français. De la maternelle à l'université.

CODE module	Thème	Intervenants	Dates /Horaires	Nb H	lieux
B 9	Approche psychologique de l'enfant	Mme LEFER Psychologue Université de Nantes	MERCREDI 23 SEPTEMBRE 14H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
B 10	Approche psychologique de l'adolescent	Mme LEFER Psychologue Université de Nantes	MERCREDI 7 OCTOBRE 14H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
B1	La personne handicapée et la situation de handicap	M. FONDIN Délégué général HANDISUP	LUNDI 19 OCTOBRE 9H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
C 1	Les outils du Projet Personnalisé de Scolarisation de l'élève et le rôle du référent (PPS)	Pôle ASH + Enseignant référent	LUNDI 19 OCTOBRE 13H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes

B 8	La responsabilité juridique des AVS	M. THULLIER, CPC Orvault Juristes du Centre MAIF de Rennes	MARDI 20 OCTOBRE 9H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
A 2	Connaissance des différents handicaps : Les déficiences sensorielles les déficiences auditives	Équipe ASH + Institut La Persagotière OU Associations partenaires	MARDI 20 OCTOBRE 13H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
C 6	Accompagner, trouver sa place, se positionner. Accompagnement du développement de l'autonomie et actes de la vie quotidienne	M. FONDIN Délégué général HANDISUP	MERCREDI 18 NOVEMBRE 14H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
C 4	Gestion de crise et communication avec les partenaires	Mme COUSIN IEN ASH	LUNDI 21 DECEMBRE 9H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
A 3	Organisation et fonctionnement MDPH	Madame THOUMINE Directrice Adjointe de la MDPH	LUNDI 21 DECEMBRE 13H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
C 5	Place AVS/Enseignant et lien avec les familles	Marie TOULLEC-THERY Maître de conférences, Université de Nantes	MERCREDI 20 JANVIER 14H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
B 5	Connaissance des différents handicaps : Apprentissage de la lecture pour les élèves présentant des Troubles Spécifiques des Apprentissages (TSA) ou des Troubles Spécifiques du Langage (TSL)	MME ALIX M. LODENOS Centre Régional des Troubles des Apprentissages	LUNDI 8 FEVRIER 9H-12H 13H-16H	6H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
B 7	Connaissance des différents handicaps : Les déficiences motrices	Association Partenaire APF	MARDI 9 FEVRIER 9H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
B 2	Connaissance des différents handicaps Les troubles du comportement	Associations partenaires Jeunesse et Avenir Marie Moreau ARRIA	MARDI 9 FEVRIER 13H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes
C 2	Aménagement des conditions de passation des examens. Parcours de l'élève. Posture au moment des évaluations	Médecin scolaire + DR CHEYLAN médecin conseiller technique	MERCREDI 2 MARS 14H00	3H	<b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes

B 6	<p>Connaissance des différents handicaps :</p> <p>Les déficiences des fonctions cognitives</p>	<p>Mme POUVREAU Association partenaire ADAPEI + Pôle ASH</p>	<p>LUNDI 4 AVRIL 9H00</p>	3H	<p><b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes</p>
A 4	<p>Protection de l'enfance :</p> <p>Mission du service social en faveur des élèves .Repérages des élèves en risque de danger</p>	<p>Mme MICHAUD responsable départementale du service social</p>	<p>LUNDI 4 AVRIL 13H00</p>	3H	<p><b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes</p>
B 3	<p>Connaissance des différents handicaps :</p> <p>Les déficiences sensorielles : les déficiences visuelles</p>	<p>Équipe ASH + Institut Les Hauts Thébaudières</p>	<p>MARDI 5 AVRIL 9H00</p>	3H	<p><b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes</p>
B 4	<p>Connaissance des différents handicaps :</p> <p>Scolarisation des élèves présentant des Troubles du Spectre Autistique ou des troubles envahissant du développement</p>	<p>M DURETETE Médecin pédopsychiatre CMP Saint Nazaire</p> <p>M. PORTRAIT CRA (Centre Régional de l'Autisme) Angers</p>	<p>MARDI 5 AVRIL 13H00</p>	3H	<p><b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes</p>
A 1	<p>Le Système éducatif français De la Maternelle à l'Université</p>	<p>IEN ASH</p>	<p>MERCREDI 20 ou 27 AVRIL 14H00 La date sera communiquée ultérieurement, consulter le site</p>	3H	<p><b>Amphi CANOPE</b> (anciennement CRDP) 5 Route de la Jonelière Nantes</p>

ANNEXE 4. Représentation langagière des différences intersyndromiques pour douze syndromes génétiques du handicap mental (Rondal, 2009).

---

Syndromes	Phonologie	Lexique	Morpho-syntaxique	Pragmatique	Discours
ANGELMAN	--	--	--	--	--
CRI-DU-CHAT	-	-	-	+	?
DOWN	--	-	--	+	--
KLINEFELTER	--	--	--	?	?
NEURO-FIBROMATOSE TYPE 1	-	-	-	-	-
NOONAN	--	-	-	+	?
PRADER-WILLI	--	-	-	-	-
RETT (classique)	--	--	--	--	--
RUBINSTEIN-TAYBI	-	-	--	-	?
TURNER	+	+	+	+	+
WILLIAMS	++	+	+	--	+
X-FRAGILE (mâles)	--	+	-	--	-

**Tableau 2-1.** Représentation binaire componentielle langagière des différences intersyndromiques pour 12 syndromes génétiques du handicap mental.

## ANNEXE 5. Extrait du bulletin officiel de la formation d'orthophonie

**B.O.** Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013

<b>Unité d'Enseignement N°5.8.1 : Connaissances théoriques, cliniques et répercussions du handicap sur la communication et le langage</b>		
<b>Semestre : 7</b>		<b>Compétences : N°1-4-5-6</b>
<b>Nombre d'heures CM : 10</b>	<b>TD : 12</b>	<b>TPE : 40</b>
<b>Nombre ECTS : 2</b>		
<b>Pré-requis</b>		
<p>1.1 Sciences du langage            1.2 Psychologie            1.4 Sensibilisation aux sciences de la société            UE 2.1 Notions de biologie cellulaire, biologie moléculaire et génétique            2.2 Neurosciences</p>		
<b>Objectifs</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir les compétences pour repérer les particularités liées à une déficience et comprendre les spécificités des pathologies menant au handicap</li> <li>- Connaître les signes d'alerte</li> <li>- Connaître les spécificités du bilan orthophonique dans le cadre du handicap</li> <li>- Analyser et évaluer une situation clinique</li> </ul>		
<b>Éléments de contenu</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition, sémiologie et étiologie des handicaps associés à des troubles de la communication et du langage</li> <li>- Présentation de cas cliniques illustrés (modalités diverses)</li> </ul>		
<b>Recommandations pédagogiques</b>	<b>Modalités d'évaluation</b>	<b>Critères d'évaluation</b>
<p>Cet enseignement doit permettre de donner à l'étudiant une ouverture clinique sur les spécificités associées aux troubles de la communication et du langage dans le cadre du handicap.</p> <p>Cet enseignement pourra se faire sous forme d'enseignements dirigés.</p>	<p>Épreuves écrites et/ou orales</p>	<p>Compréhension des concepts et assimilation des connaissances</p>
<b>Intervenants</b>		
<p>Universitaires des disciplines concernées            Formateurs en orthophonie            Professionnels</p>		

<b>Unité d'Enseignement N° 5.8.2 : Intervention orthophonique dans le cadre du handicap</b>		
<b>Semestre : 8</b>		<b>Compétences : N°2-3-4-5-6-7-10</b>
<b>Nombre d'heures CM : 10</b>	<b>TD : 20</b>	<b>TPE : 60</b>
<b>Nombre ECTS : 2</b>		
<b>Pré-requis</b> UE 5.8.1 Connaissances théoriques, cliniques et répercussions du handicap sur la communication et le langage		
<b>Objectifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placer la communication, avec ou sans langage, comme axe de travail prioritaire chez l'enfant comme chez l'adulte</li> <li>- Connaître le rôle essentiel de l'orthophoniste pour donner des outils de communication dans le cadre du handicap</li> <li>- Mettre en œuvre un projet thérapeutique adapté</li> <li>- Acquérir et développer des outils d'intervention dans le domaine du handicap</li> <li>- Mener une démarche de prévention et d'accompagnement familial</li> <li>- Mettre en œuvre une action d'éducation thérapeutique</li> <li>- S'inscrire dans une démarche pluriprofessionnelle</li> </ul>		
<b>Éléments de contenu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Différents aspects, modalités et outils participant à l'intervention orthophonique dans le cadre des handicaps</li> <li>- Intervention précoce auprès des personnes porteuses de handicaps</li> <li>- Mise en œuvre du projet thérapeutique</li> <li>- Indications et modalités de recours à d'autres professionnels</li> <li>- Éducation thérapeutique du patient</li> <li>- Évaluation de l'intervention orthophonique</li> </ul>		
<b>Recommandations pédagogiques</b> Ces connaissances doivent permettre à l'étudiant de comprendre et de s'approprier les compétences nécessaires à l'intervention dans le cadre de handicaps.  Cet enseignement pourra se faire sous forme d'enseignements dirigés.	<b>Modalités d'évaluation</b> Épreuves écrites et/ou orales  <b>Critères d'évaluation</b> Compréhension des concepts et assimilation des connaissances	
<b>Intervenants</b> Universitaires des disciplines concernées Formateurs en orthophonie Professionnels		

<b>Unité d'Enseignement N°6.1 : Stage Découverte 1 : Stage en milieu scolaire</b>		
<b>Semestre : 2</b>		<b>Compétences : N°8-10</b>
<b>Nombre d'heures : 120 ou 30 demi-journées</b>	<b>TD : 0</b>	<b>TPE : 20</b>
<b>Nombre ECTS : 3</b>		
<b>Pré-requis</b> UE 1.2.1 Psychologie générale et psychologie du développement 1.3.1 Sciences de l'éducation 1.4 Sensibilisation aux sciences de la société		
<b>Objectifs</b> - Amorcer le développement de savoir-être nécessaires pour l'exercice clinique de l'orthophonie - Découvrir le fonctionnement des établissements scolaires - Etablir un premier contact avec les enseignants et le groupe classe - Observer la socialisation de l'enfant et ses premiers apprentissages		
<b>Éléments de contenu</b> - Présence au sein de classes de différents niveaux - Participation aux activités avec animation de certains ateliers sous supervision directe - Consultation des ressources et du matériel pédagogique et des productions des enfants - Présence aux réunions des équipes de suivi pédagogique - Observation active du jeune enfant en interaction avec ses pairs et avec l'enseignant		
<b>Recommandations pédagogiques</b> Une évaluation formative à mi-stage est demandée afin de permettre à l'étudiant de s'ajuster si besoin et de bénéficier au mieux de la fin de son stage.  Des temps de concertation et de mise au point sont à prévoir plusieurs fois pendant le stage.  Le maître de stage est libre de choisir les activités qu'il veut confier à l'étudiant sous supervision directe.	<b>Modalités d'évaluation</b> Un rapport de stage est demandé à l'étudiant. Une évaluation transversale avec les UE en pré-requis peut être envisagée. Une évaluation formative à mi-stage est demandée. Le maître de stage remplit la grille d'observation et la synthèse d'évaluation.  <b>Critères d'évaluation</b> - Qualité du rapport de stage - Comportement et ouverture de l'étudiant durant le stage - Capacités relationnelles avec les différents interlocuteurs_	
<b>Intervenants</b> Formateurs en orthophonie Professionnels		

## ANNEXE 6. Mail explicatif pour la diffusion des questionnaires aux écoles

---

Madame, Monsieur,

Actuellement en 4<sup>ème</sup> année au centre de formation d'orthophonie de Nantes, mon mémoire de recherche porte sur "la scolarisation en maternelle d'enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral".

Depuis la loi du 11 février 2005, les enfants en situation de handicap sont amenés à être accueillis en école ordinaire. Ces jeunes enfants, scolarisés en maternelle, ne parlent pas toujours.

L'enfant peut être suivi par différents intervenants. Enseignants, ATSEM, AESH, orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, éducateur de jeunes enfants, psychologue... chacun porte un regard spécifique selon ses objectifs et ses connaissances. Pour le bien-être de l'enfant, il est important de le prendre en compte dans sa globalité : la collaboration entre les différents intervenants paraît donc indispensable.

L'orthophoniste va s'attacher particulièrement à la communication. Comprendre où se situe l'enfant au niveau du langage (en référence aux précurseurs de la communication, au développement du langage oral) permet d'adapter au mieux l'environnement et notre langage pour favoriser sa progression et son bien-être.

Professeurs enseignants ou ayant enseigné en maternelle avec ou sans élève handicapé, ATSEM, AESH, pensez-vous posséder assez de connaissances sur ces notions pour adapter au mieux l'accueil d'enfants ayant peu ou pas de langage oral ? Quelle aide peut vous apporter l'orthophoniste et quels conseils est-il amené à transmettre

Le but de ma recherche est de mieux cibler vos connaissances et vos besoins, d'en savoir plus sur les échanges entre différents intervenants afin de répondre à certaines de vos attentes en créant un site internet à visée informative.

Je me permets donc de vous transmettre un lien vers un questionnaire en ligne. Ce questionnaire est rapide (moins de 5 minutes), et sera en ligne jusqu'à fin janvier. La participation à cette enquête est anonyme mais vous pouvez laisser vos coordonnées si vous souhaitez avoir un retour sur ce travail de recherche.

Je vous remercie du temps que vous pourrez m'accorder,

Bien cordialement,

NEAU Anaëlle (4<sup>ème</sup> année, centre de formation d'orthophonie de NANTES)

*Mémoire dirigé par Mme Nuez, orthophoniste au CAMSP polyvalent de Saint Sébastien sur Loire et intervenante au centre de formation d'orthophonie de Nantes.*

## La scolarisation en maternelle d'enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral

Chaque professionnel intervenant auprès d'enfants en situation de handicap a ses propres connaissances et objectifs.

Pour le bien-être de l'enfant, il semble important de pouvoir le prendre en compte dans sa globalité, la collaboration entre les différents intervenants paraît donc indispensable.

L'orthophoniste s'intéresse particulièrement à la communication. Comprendre où se situe l'enfant au niveau du langage (en référence aux précurseurs de la communication, au développement du langage oral) permet d'adapter au mieux l'environnement et notre langage pour favoriser sa progression et son bien-être.

Professeurs enseignant ou ayant enseigné en maternelle, avec ou sans élève handicapé, ATSEM, pensez-vous posséder assez de connaissances sur ces notions pour adapter au mieux l'accueil d'enfants ayant peu ou pas de langage oral ? Quelle aide peut vous apporter l'orthophoniste et quels conseils est-il amener à transmettre ?

But de cette enquête: cibler vos connaissances et besoins afin de créer un site internet à visée informative pour mieux comprendre et communiquer avec un enfant en situation de handicap n'ayant pas ou peu de langage oral.

\*Obligatoire

### Coordonnées/ Mail

facultatif - indiquez votre adresse mail si vous souhaitez avoir un retour sur ce travail de recherche

Votre réponse

### Sexe

M

F

Vous êtes: \*



Professeur des écoles

ATSEM

1- Enseignez-vous en milieu ordinaire ? \*

oui

non

Où se trouve votre école ? \*

Loire Atlantique

Mayenne

Vendée

Sarthe

Maine et Loire

\*

Ville

Campagne

\*

Privé

Public

Si vous êtes en milieu ordinaire, quelle(s) classe(s) suivez-vous / avez-vous suivie(s) ?

PS

MS

GS

Autre :

### Nombre d'élèves

- Moins de 20
- Entre 20 et 25 (inclus)
- Entre 26 et 30 (inclus)
- Plus de 30

### 2- Acquisition du langage oral chez l'enfant tout venant \*

Comment jugez-vous vos connaissances sur ce sujet ?

- Très satisfaisantes
- Satisfaisantes
- Insuffisantes
- Très insuffisantes

### 3- Précurseurs de la communication \*

Attention conjointe, pointage, imitation, ... Comment jugez-vous vos connaissances sur ces données?

- Très satisfaisantes
- Satisfaisantes
- Insuffisantes
- Très insuffisantes

### 4- Handicaps de l'enfant \*

Comment jugez vous vos connaissances sur ce thème ?

	Très satisfaisantes	Satisfaisantes	Insuffisantes
Handicaps Moteurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handicaps Intellectuels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Handicaps Sensoriels

Troubles du comportement



Avez-vous déjà accueilli un élève en situation de handicap ?

\*

Oui

Non

Si oui, de quel(s) handicap(s) s'agissait-il ?

Handicap moteur

Handicap intellectuel

Handicap Sensoriel

Trouble du comportement

Retard global

Non défini

Autre :

Vous sentez-vous à l'aise pour accueillir un enfant en situation de handicap ? \*

oui

pas vraiment

non

Si non, pourquoi ?

manque de confiance en soi

- difficultés personnelles par rapport au handicap
- effectif d'élèves trop important
- environnement inadapté
- manque de formation
- Autre :

**Vos connaissances sur le handicap proviennent de:**

- votre formation initiale
- formations continues
- recherches personnelles sur internet
- échanges avec autres professionnels
- articles lus, émissions TV, radio...
- Autre :

**Avez-vous possibilité de vous former sur le handicap ? \***

- oui
- c'est possible mais difficile
- non
- Je ne sais pas

**5- Modes de communications alternatifs**

Connaissez-vous certaines aides possibles?

	J'ai déjà pratiqué	Je vois ce que c'est	Je vois à peu près	Je ne connais pas
Makaton	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Français Signé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pictogrammes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 6- Outil d'information

Lors de recherches personnelles, considérez-vous trouver facilement des réponses à vos questions ?(sur internet, dans des ouvrages, revues...)

- Oui
- Pas vraiment
- Non

Si non, pourquoi ?

- Informations peu claires
- Informations dispersées
- Pas d'information
- Vocabulaire spécifique
- Autre :

Création d'un site internet : quelles données seraient utiles selon vous ? \*

	Très utile	Plutôt utile	Peu utile	Inutile
Enfants sans langage oral: qui sont-ils ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Description brève de plusieurs handicaps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rappel sur l'acquisition du langage oral chez l'enfant tout venant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le langage chez les enfants en situation de handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qu'observer chez l'enfant en situation de handicap ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils pour comprendre et se faire comprendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descriptions de moyens de communication alternatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Témoignages

Forum

Liens vers associations, sites,  
ouvrages...

**Autres idées ?**

Votre réponse

**La création d'un tel site serait selon vous \***

Très utile

Utile

Peu utile

Inutile

**7- Etes-vous en lien avec les orthophonistes des élèves  
accompagnés ?**

oui

non

**Si oui, comment se font vos échanges ?**

Echanges téléphoniques

ESS

Cahier de liaison

Rencontres hors ESS

Autre :

**Qu'attendez-vous de l'orthophoniste ? \***

En connaître plus sur la communication des enfants en situation de handicap

Avoir des rappels sur le développement du langage

Obtenir des conseils concrets pour communiquer avec l'enfant

pouvoir comprendre l'enfant

Situer le niveau de l'enfant

Aucune attente

Autre :

**Quelles informations transmettez-vous aux orthophonistes ?**

\*

Le rapport de l'enfant avec les autres

Le rapport de l'enfant avec les objets

La place de l'enfant dans la classe

Le comportement de l'enfant

Les intérêts de l'enfant

Le niveau de l'enfant (points forts et points faibles)

Aucune information

Autre :

**Avez-vous des remarques ou autres ?**

Votre réponse

## ANNEXE 8. Tableaux et graphiques répertoriant les résultats des réponses aux questionnaires

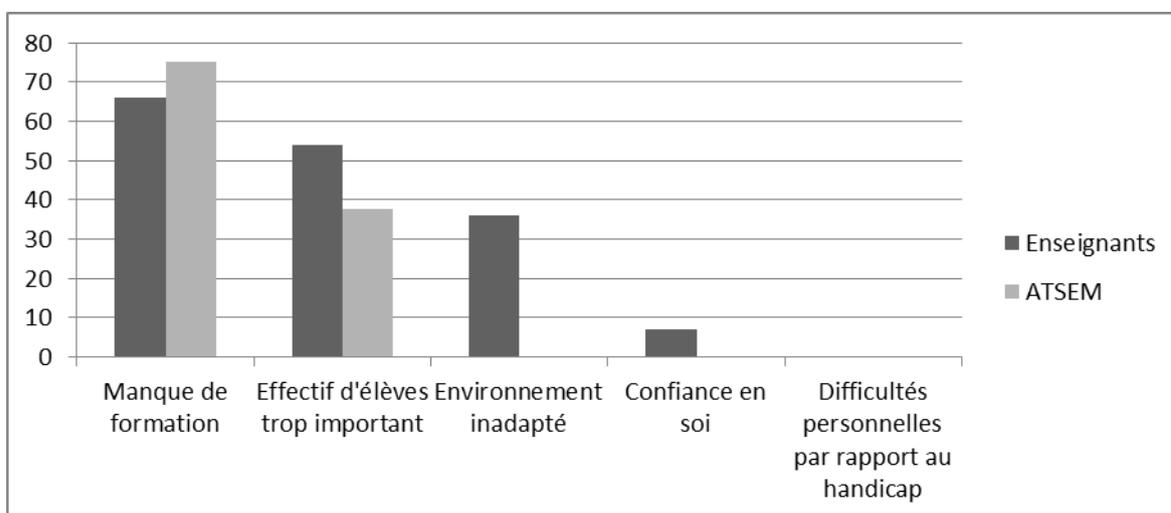
Toutes les données sont traduites en pourcentage.

### 1 – Type de handicap étant ou ayant été pris en charge selon les professions.

Professions / Type de handicap	Trouble du comportement	Handicap intellectuel	Retard global	Handicap sensoriel	Handicap moteur	Non défini
AESH	61	39	33	6	17	17
ATSEM et enseignants	57	37	28	30	26	15
Orthophonistes	66	82	70	30	16	16

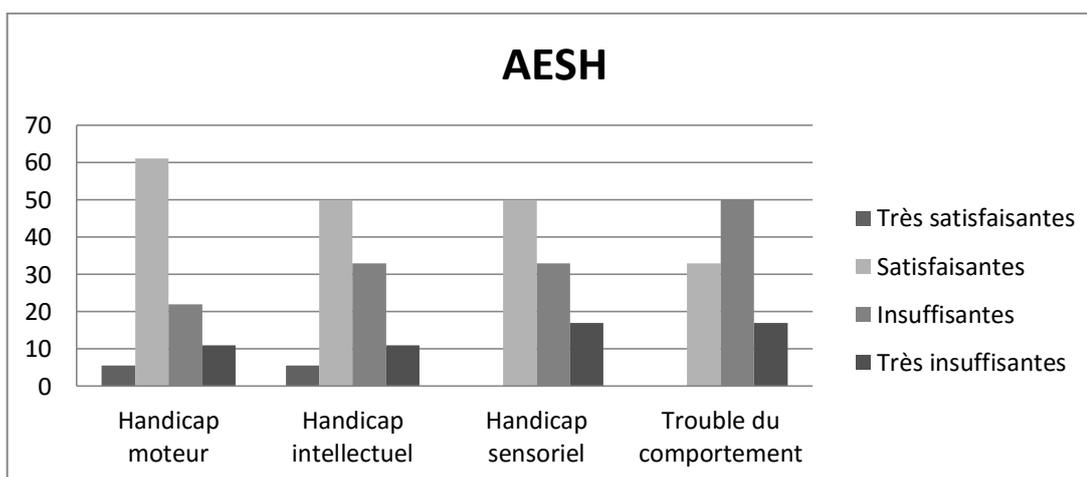
### 2 – Causes évoquées pour justifier le malaise que ressentent les enseignants et ATSEM pour accueillir un enfant en situation de handicap.

	Manque de formation	Effectif d'élèves trop important	Environnement inadapté	Confiance en soi	Difficultés personnelles par rapport au handicap
Enseignants	66	54	36	7	0
ATSEM	75	37,5	0	0	0

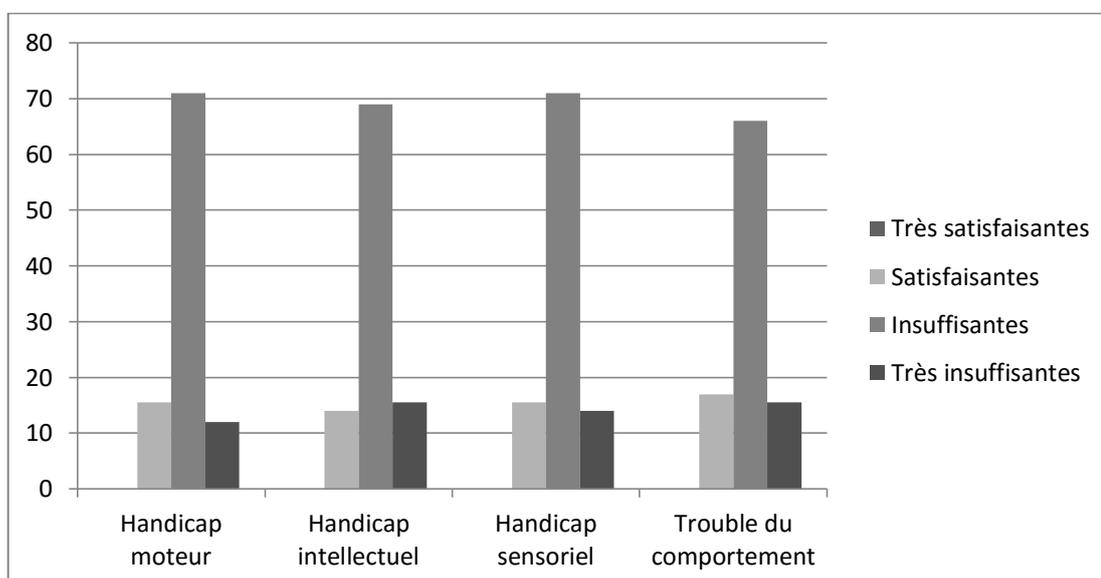


### 3 – Estimation du degré de satisfaction des différents professionnels vis-à-vis de leurs connaissances sur le handicap.

AESH	Handicap moteur	Handicap intellectuel	Handicap sensoriel	Trouble du comportement
Très satisfaisantes	5,5	5,5	0	0
Satisfaisantes	61	50	50	33
Insuffisantes	22	33	33	50
Très insuffisantes	11	11	17	17

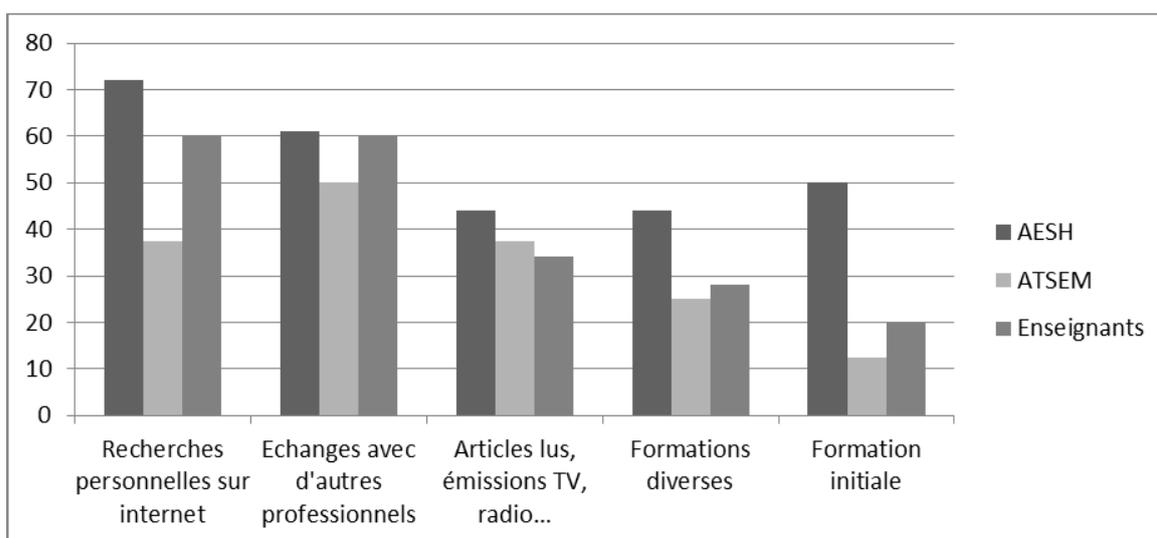


Enseignants et ATSEM	Handicap moteur	Handicap intellectuel	Handicap sensoriel	Trouble du comportement
Très satisfaisantes	0	0	0	0
Satisfaisantes	15,5	14	15,5	17
Insuffisantes	71	69	71	66
Très insuffisantes	12	15,5	14	15,5



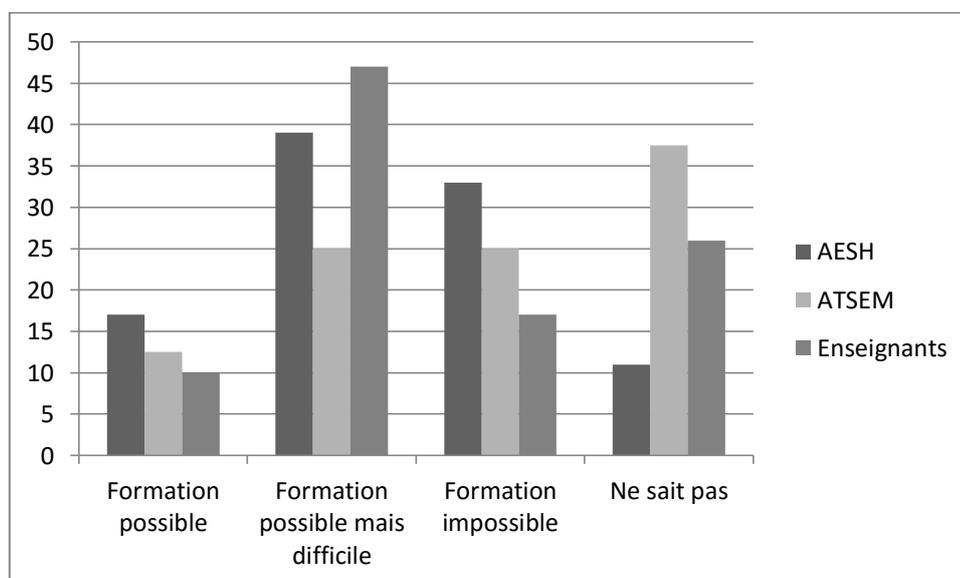
#### 4 – Sources des connaissances selon la profession exercée.

	Recherches personnelles sur internet	Echanges avec d'autres professionnels	Articles lus, émissions TV, radio...	Formations diverses	Formation initiale
<b>AESH</b>	72	61	44	44	50
<b>ATSEM</b>	37,5	50	37,5	25	12,5
<b>Enseignants</b>	60	60	34	28	20



## 5 – Point de vue des différents professionnels sur la possibilité de se former.

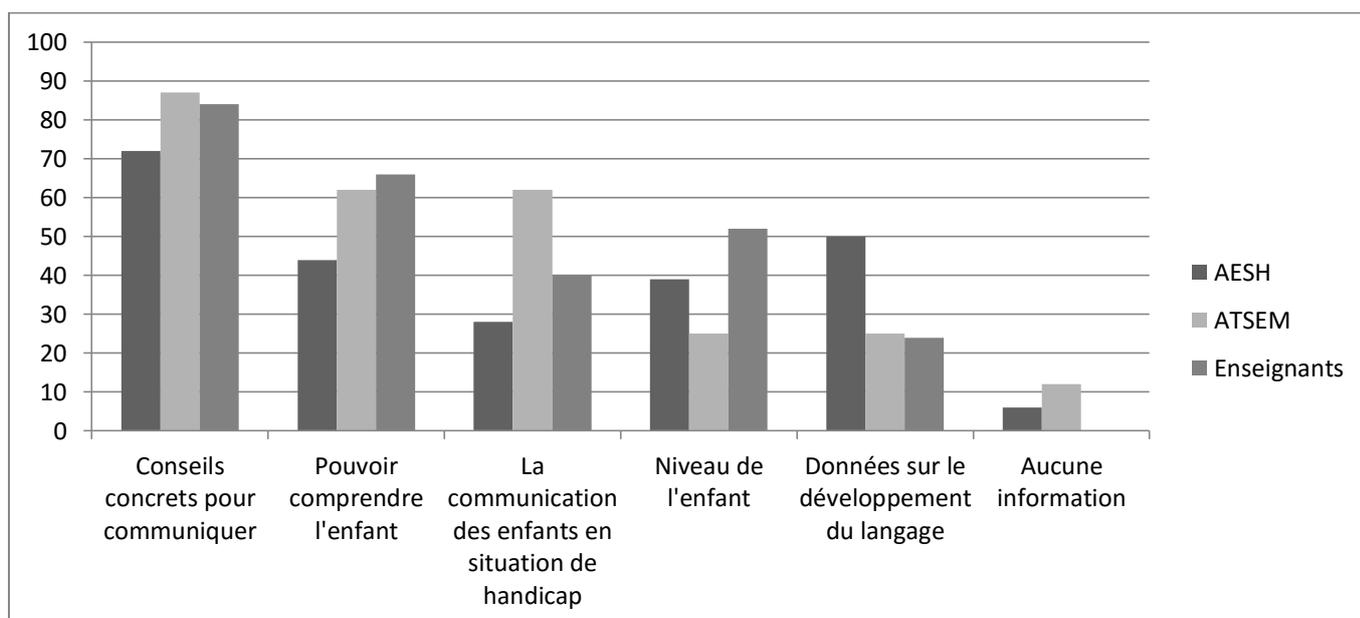
	Formation possible	Formation possible mais difficile	Formation impossible	Ne sait pas
AESH	17	39	33	11
ATSEM	12,5	25	25	37,5
Enseignants	10	47	17	26



## 6 – Les informations transmises entre les professionnels.

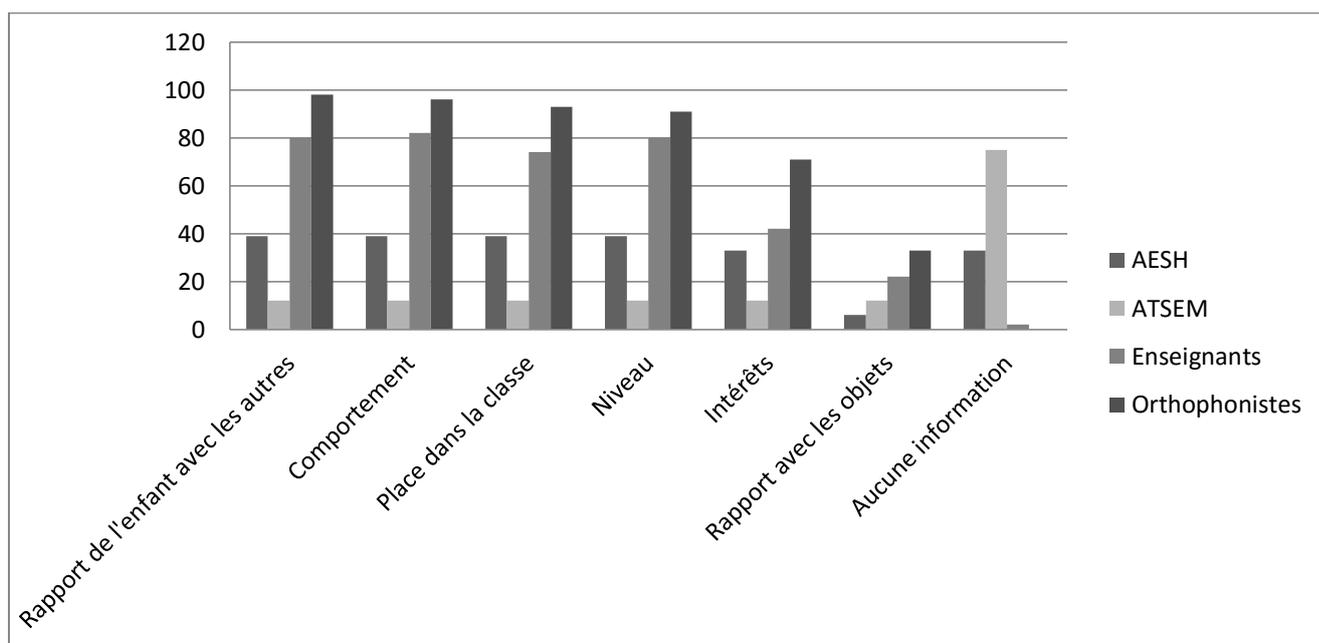
### Attentes des AESH, ATSEM et enseignants :

	Conseils concrets pour communiquer	Pouvoir comprendre l'enfant	La communication des enfants en situation de handicap	Niveau de l'enfant	Données sur le développement du langage	Aucune information
<b>AESH</b>	72	44	28	39	50	6
<b>ATSEM</b>	87	62	62	25	25	12
<b>Enseignants</b>	84	66	40	52	24	0
<b>Moyenne des diverses professions</b>	81	57	43	39	33	6



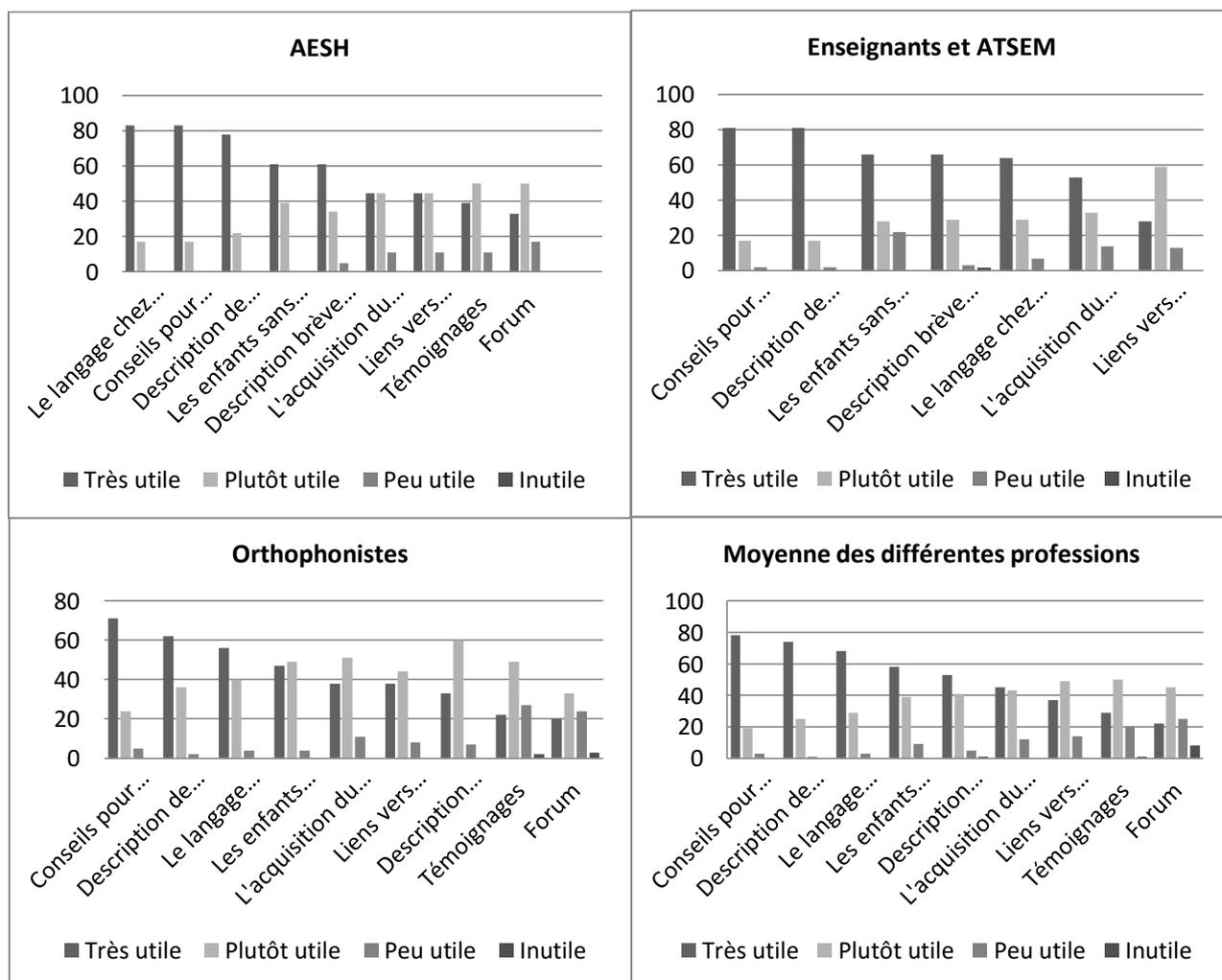
## Informations transmises aux orthophonistes :

	Rapport de l'enfant avec les autres	Comportement	Place dans la classe	Niveau	Intérêts	Rapport avec les objets	Aucune information
<b>AESH</b>	39	39	39	39	33	6	33
<b>ATSEM</b>	12	12	12	12	12	12	75
<b>Enseignants</b>	80	82	74	80	42	22	2
<b>Orthophonistes</b>	98	96	93	91	71	33	0
<b>Moyenne des diverses professions</b>	57	57	55	39	34	27,5	18

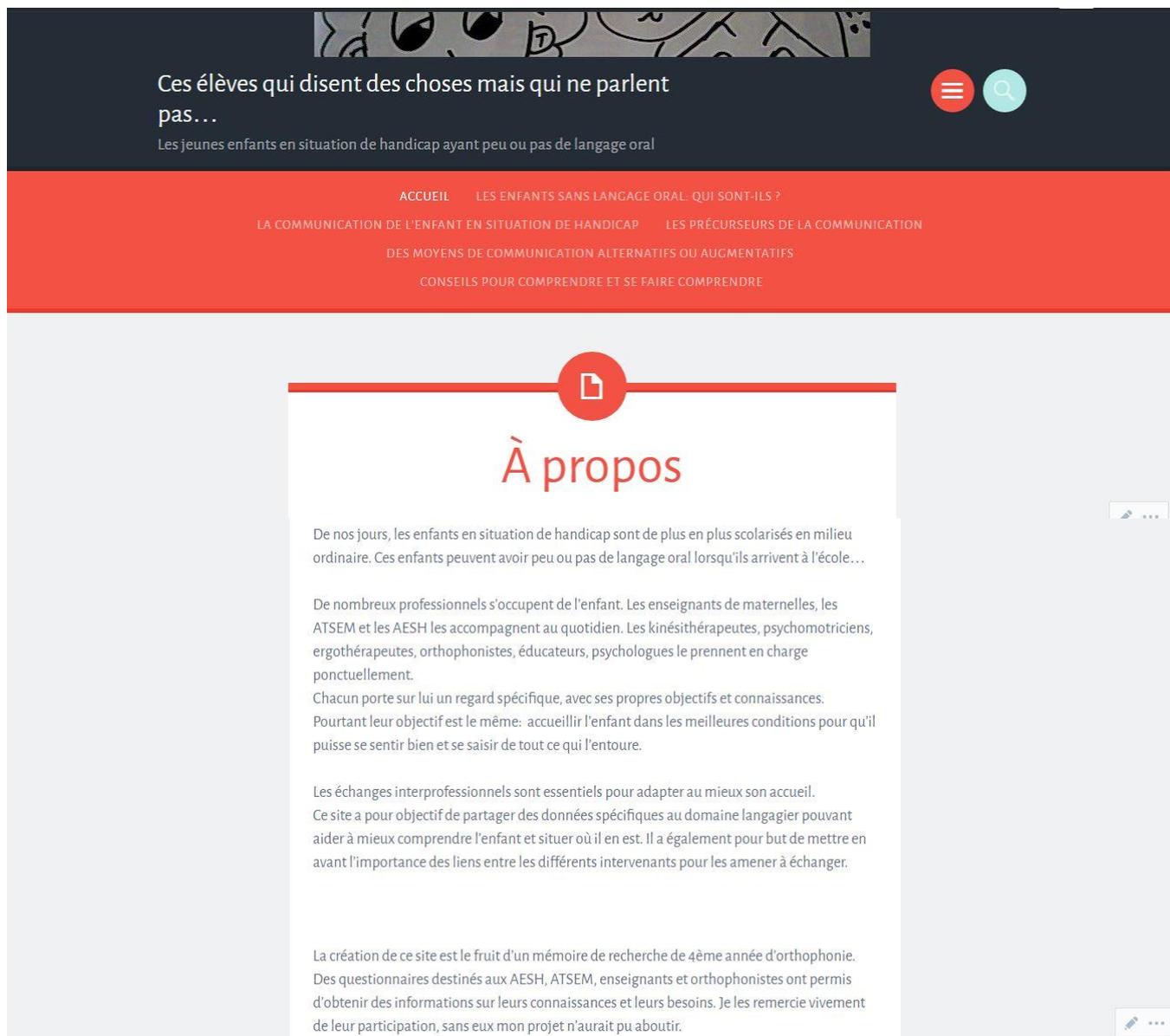


## 7 – Estimation de l'utilité des informations à transmettre sur un site internet.

	Conseils pour comprendre et se faire comprendre	Description de moyens de communication augmentatifs et alternatifs	Les enfants sans langage oral: qui sont-ils ?	Description brève de handicaps	Le langage chez les enfants en situation de handicap	L'acquisition du langage chez l'enfant tout venant	Liens vers associations, ouvrages	Témoignages	Forum
<b>AESH</b>									
Très utile	83	78	61	61	83	44,5	44,5	39	33
Plutôt utile	17	22	39	34	17	44,5	44,5	50	50
Peu utile	0	0	0	5	0	11	11	11	17
Inutile	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enseignants et ATSEM</b>									
Très utile	81	81	66	66	64	53	28	26	12
Plutôt utile	17	17	28	29	29	33	59	50	52
Peu utile	2	2	22	3	7	14	13	22	34
Inutile	0	0	0	2	0	0	0	2	2
<b>Orthophonistes</b>									
Très utile	71	62	56	33	56	38	38	22	20
Plutôt utile	24	36	40	60	40	51	44	49	33
Peu utile	5	2	4	7	4	11	8	27	24
Inutile	0	0	0	0	0	0	0	2	3
<b>Résumé des données</b>									
Très utile	78	74	58	53	68	45	37	29	22
Plutôt utile	19	25	39	41	29	43	49	50	45
Peu utile	3	1	9	5	3	12	14	20	25
Inutile	0	0	0	1	0	0	0	1	8



## ANNEXE 9. Page d'accueil du site internet en cours d'élaboration



**Ces élèves qui disent des choses mais qui ne parlent pas...**  
Les jeunes enfants en situation de handicap ayant peu ou pas de langage oral

ACCUEIL    LES ENFANTS SANS LANGAGE ORAL: QUI SONT-ILS ?  
LA COMMUNICATION DE L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP    LES PRÉCURSEURS DE LA COMMUNICATION  
DES MOYENS DE COMMUNICATION ALTERNATIFS OU AUGMENTATIFS  
CONSEILS POUR COMPRENDRE ET SE FAIRE COMPRENDRE

### À propos

De nos jours, les enfants en situation de handicap sont de plus en plus scolarisés en milieu ordinaire. Ces enfants peuvent avoir peu ou pas de langage oral lorsqu'ils arrivent à l'école...

De nombreux professionnels s'occupent de l'enfant. Les enseignants de maternelles, les ATSEM et les AESH les accompagnent au quotidien. Les kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, éducateurs, psychologues le prennent en charge ponctuellement.

Chacun porte sur lui un regard spécifique, avec ses propres objectifs et connaissances. Pourtant leur objectif est le même: accueillir l'enfant dans les meilleures conditions pour qu'il puisse se sentir bien et se saisir de tout ce qui l'entoure.

Les échanges interprofessionnels sont essentiels pour adapter au mieux son accueil. Ce site a pour objectif de partager des données spécifiques au domaine langagier pouvant aider à mieux comprendre l'enfant et situer où il en est. Il a également pour but de mettre en avant l'importance des liens entre les différents intervenants pour les amener à échanger.

La création de ce site est le fruit d'un mémoire de recherche de 4ème année d'orthophonie. Des questionnaires destinés aux AESH, ATSEM, enseignants et orthophonistes ont permis d'obtenir des informations sur leurs connaissances et leurs besoins. Je les remercie vivement de leur participation, sans eux mon projet n'aurait pu aboutir.

## RESUME

---

Les enfants en situation de handicap scolarisés en maternelle n'ont pas toujours de langage oral. Les professionnels qui les accompagnent doivent être informés sur les précurseurs de la communication pour pouvoir donner du sens au comportement de l'enfant et adapter son accueil. Les enquêtes menées dans ce travail de recherche ont pour objectifs d'en savoir plus sur les connaissances des différents intervenants, sur les informations échangées et sur les données utiles à transmettre par un outil informatif. Elles mettent en évidence le manque de connaissances des AESH, ATSEM et enseignants de maternelle de la région Pays de Loire sur le handicap et la communication. Ces derniers ne se sentent pas à l'aise pour accueillir des enfants à besoins particuliers, ils souhaitent se former et la collaboration entre les intervenants est essentielle. Les données recueillies permettent de créer un site internet pour sensibiliser à la communication du jeune enfant en situation de handicap et favoriser les échanges interprofessionnels.

Mots clés : Enfant sans langage oral, handicap, scolarisation, précurseurs de la communication, collaboration, maternelle.

## ABSTRACT

---

Some of the disabled children enrolled in the infant school do not pose the verbal language. The professional who are in-charge of them should be well-informed about the prerequisites of the communication: this would enable them to infer the children behaviour and accommodate their needs accordingly. The goals of this study are threefold: first is to asses the knowledge of different professionals regarding the prerequisites of the communication; second is to determine the type of information shared by the professionals for such tasks; third is collect the useful information that can be shared among different professionals while using a digital medium. The polls collected during this study - AESH, ATSEM, and infant school teachers in Pays de Loire region - show that these professionals lack the required knowledge of disability and communication. They are not comfortable in dealing with such children, and they would like to acquire further knowledge on this subject. The information acquired during these polls has enabled us to create a digital medium such as a web site to sensibilities about the disabled children and ease the process of sharing information between professionals.

Key words: Infant without verbal language, disability, education, prerequisites of the communication, collaboration, infant school.