Overview of the role of the speech-language pathologist and his practices within a Structured Teaching Classroom (STC)

Bérengère Debosque

▶ **To cite this version:**

Bérengère Debosque. Overview of the role of the speech-language pathologist and his practices within a Structured Teaching Classroom (STC). Sciences cognitives. 2021. dumas-03282137

HAL Id: dumas-03282137

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03282137

Submitted on 8 Jul 2021

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

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

Année universitaire 2020-2021

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 11 juin 2021

par Bérengère Debosque

née le 17/05/1996 à Nantes (44)

État des lieux du rôle de l'orthophoniste et de ses pratiques au sein d'une équipe en Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM)

Sous la direction de :
Madame Maud VAILLANT, orthophoniste

Membres du jury :
Madame Elisabeth LONGERE, orthophoniste, enseignante associée à l'Université de Bordeaux, coordonnatrice pédagogique
Madame Léa DIXNEUF, orthophoniste, Centre Ressources Autisme de Bordeaux

Année universitaire 2020-2021

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 11 juin 2021

par Bérengère Debosque

née le 17/05/1996 à Nantes (44)

État des lieux du rôle de l'orthophoniste et de ses pratiques au sein d'une équipe en Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM)

Sous la direction de :
Madame Maud VAILLANT, orthophoniste

Membres du jury :
Madame Elisabeth LONGERE, orthophoniste, enseignante associée à l'Université de Bordeaux, coordonnatrice pédagogique
Madame Léa DIXNEUF, orthophoniste, Centre Ressources Autisme de Bordeaux

Titre : État des lieux du rôle de l'orthophoniste et de ses pratiques au sein d'une équipe en Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM)

Résumé : Les Unités d'Enseignement en Maternelle, créées dans le cadre du Troisième Plan Autisme, sont des dispositifs implantés en milieu ordinaire constituant une modalité de scolarisation pour les jeunes élèves avec des troubles du spectre de l'autisme (TSA). Les interventions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire associant des professionnels de l'éducation nationale et du secteur médico-social. L'orthophoniste, ayant un rôle essentiel dans l'intervention précoce des enfants avec TSA, a une place au sein de cette équipe. Or, nous n'avons que très peu d'informations quant à ses missions et leur mise en œuvre dans ce dispositif. Via un questionnaire adressé à ces orthophonistes, nous avons donc enquêté sur leurs rôles et pratiques en UEM. Nos résultats mettent en évidence l'implication de ce professionnel auprès des enfants et de leur famille, sa place au sein de l'équipe, sa participation à la mise en place d'adaptations, et sa mission dans le processus d'inclusion scolaire de ces enfants. Cependant, les réponses obtenues mettent en lumière des pratiques disparates au sein des différentes UEM. Divers facteurs pourraient expliquer cette hétérogénéité. Ainsi, il paraît difficile d'obtenir un profil type du rôle de l'orthophoniste dans ces unités.

Mots clés : orthophoniste – unité d'enseignement en maternelle – équipe – rôle – pratiques – enfants – TSA

Title : Overview of the role of the speech-language pathologist and his practices within a Structured Teaching Classroom (STC)

Abstract : The "Structured Teaching Classrooms", created within the framework of the Third Autism Plan, are facilities set up in an ordinary environment and they constitute a form of schooling for young students with autism spectrum disorders (ASD). Interventions are provided by a multidisciplinary team of professionals from the national education and medical-social sectors. The speech therapist, having an essential role in the early intervention of children with ASD, has a place in this team. However, we have very little information about their missions and their implementation in this system. Through a questionnaire addressed to these speech therapists, we therefore investigated their roles and practices in the STC. Our results bring out the involvement of this professional with the children and their families, his place within the team, his participation in the implementation of adaptations, and his mission in the school inclusion process of these children. However, the responses obtained highlight disparate practices within the different STC. Various factors could explain this heterogeneity. Thus, it seems difficult to obtain a typical profile of the role of the speech therapist in these units.

Keywords : speech therapist –structured teaching classroom – team – role – practices – children – ASD

Nombre de pages : 73. Nombre de références : 62

Unités de recherche

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie les membres du jury, Mesdames Elisabeth Longère et Léa Dixneuf, qui m'ont fait l'honneur d'accepter de juger ce mémoire.

Un grand merci à Maud Vaillant, ma directrice de mémoire, qui a accepté de m'encadrer. Merci pour ta bienveillance, ton grand accompagnement tout au long de cette année, tes conseils et tous les moments d'échanges que nous avons pu partager ensemble. Merci à Catherine Hémon qui a pu m'accompagner dans les débuts de ce projet grâce à des temps de partages d'une grande richesse.

Merci à tous les orthophonistes qui ont participé à l'enquête. Merci à Sophie et Delphine pour leur relecture et leur avis précieux. Merci à Gabrielle pour ses formidables tutos Word.

Mes remerciements aux directeurs du département d'orthophonie, Elisabeth Longère et Bertrand Glize, ainsi qu'à Sandess Makni et l'ensemble de l'équipe pédagogique présente ces 5 années pour nous avoir permis d'accéder à des enseignements de qualité. Merci à Gaëlle Bénichou pour son écoute et son investissement dans nos stages.

Je tiens à remercier mes maitres de stage de ces 5 années, et tout particulièrement Diana avec qui j'ai réalisé de longues périodes de stages, pour tout ce qu'elles m'ont transmis aussi bien au niveau du savoir, savoir-faire et du savoir-être. Merci à tous les patients rencontrés pour leur confiance et leur bienveillance.

Merci à ma promotion avec qui j'ai partagé ces 5 années. Merci tout particulièrement à Solène, Clara, Jeanne, Marie et Mathilde pour leur présence, leurs rires et leur soutien.
Merci aussi à tous les membres de l'association MOBIL' avec qui j'ai vécu une magnifique expérience durant deux ans. Un merci tout particulier à Léa, Sophie, et Lorren pour cette si belle aventure togolaise partagée ensemble.

Enfin, je tiens à remercier du fond du cœur ma famille, et plus particulièrement ma maman, pour sa présence et son soutien sans faille.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 6

CONTEXTE THEORIQUE 8

I. Le Trouble du Spectre de l'Autisme chez l'enfant 8
II. Le role de l'orthophoniste aupres de l'enfant avec TSA 14
III. Les Unites d'Enseignement en Maternelle 20
IV. Problematique et objectif 25

MATERIEL ET METHODES 26

I. Population 26
II. Questionnaire 26
III. Recueil et traitement des donnees 28

RESULTATS 29

I. Donnees generales 29
II. Bilan et prise en soin orthophonique 30
III. Adaptations 33
IV. Equipe pluridisciplinaire 37
V. Supervision 38
VI. Formation 39
VII. Generalisation des acquis et adaptations au sein des familles 40
VIII. Lien avec les familles 40
IX. Inclusion scolaire 41
X. Ressenti 42

DISCUSSION 47

I. Rappel des points essentiels de l'etude 47
II. Interpretation des resultats 47
III. Limites 57
IV. Perspectives 58

CONCLUSION 60

BIBLIOGRAPHIE 61

ANNEXES 67

Annexe 1 67
Annexe 2 67
Annexe 3 : 68
Annexe 4 : 69

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des tableaux

Tableau 1 : Organisation du questionnaire 27
Tableau 2 : Domaines évalués 30
Tableau 3 : Compléments d'informations concernant les outils de CAA 34
Tableau 4 : Incidence de l'approche comportementale sur le rôle de l'orthophoniste 36
Tableau 5 : Intervention dans la mise en place des objectifs de l'enfant en lien avec les autres professionnels 37
Tableau 6 : Arguments qualifiant la supervision d'atout ou de contrainte 38
Tableau 7 : Formations effectuées et envisagées par les orthophonistes 39
Tableau 8 : Rencontres orthophoniste/parents 40
Tableau 9 : Avantages du poste d'orthophoniste en UEM 44
Tableau 10 : Limites du poste d'orthophoniste en UEM 45
Tableau 11 : Attentes concernant le poste d'orthophoniste en UEM 46

Table des figures

Figure 1 : Durée d'exercice en UEM (en années) 29
Figure 2 : Mode d'exercice en UEM 29
Figure 3 : Temps de présence hebdomadaire (en %) 29
Figure 4 : Possession d'une fiche de poste 29
Figure 5 : Participation de l'orthophoniste à l'élaboration de la fiche de poste 29
Figure 6 : Outils de bilans utilisés 30
Figure 7 : Accompagnement de l'ensemble des enfants 31
Figure 8 : Fréquence de prises en soin 31
Figure 9 : Facteurs influençant la fréquence de prises en soin 32
Figure 10 : Modalités d'intervention auprès des enfants 32
Figure 11 : Axes thérapeutiques majeurs des prises en soin individuelles 32
Figure 12 : Domaines explorés lors des prises en soin de groupe 33
Figure 13 : Collaboration avec d'autres professionnels lors des groupes 33
Figure 14 : Moyens de CAA utilisés 34
Figure 15 : Décision des moyens de CAA adaptés 34
Figure 16 : Mise en place des moyens de CAA choisis 35
Figure 17 : Approches éducatives présentes au sein de l'UEM 36
Figure 18 : Participation aux réunions d'équipe 37
Figure 19 : Présence d'une supervision 38
Figure 20 : Qualification de la supervision 38
Figure 21 : Guidance parentale en place 41
Figure 22 : Raisons de l'absence de guidance parentale 41
Figure 23 : Accompagnements d'enfants en inclusion 41

INTRODUCTION

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales et par le caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou activités (DSM-5, 2013).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la mise en place d'interventions précoces, globales, personnalisées et coordonnées auprès de ces enfants pour favoriser le développement de leur fonctionnement et l'acquisition de comportements adaptés dans divers domaines (HAS, 2012). La prise en soin orthophonique est essentielle afin de stimuler leur désir de communiquer, les capacités de communication verbale et non verbale nécessitant parfois la mise en place de moyens de communication adaptés dans le but d'obtenir une communication fonctionnelle.

Par ailleurs, outre les interventions éducatives et thérapeutiques, il existe également des recommandations concernant la scolarité de ces enfants. Elle a progressé grâce à la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » affirmant le droit pour chaque enfant d'avoir accès à une scolarisation en milieu ordinaire avec un parcours adapté. Cependant, les efforts restent à poursuivre afin de favoriser leur inclusion par une meilleure implication des différents acteurs les accompagnant : équipe enseignante, sanitaire ou médico-sociale (Ministère de la Santé, 2013). Ainsi, en 2014, dans le cadre du Troisième Plan Autisme, les Unités d'Enseignement en Maternelle (UEM) sont créées. Implantées au sein d'écoles maternelles ordinaires, ces unités constituent une modalité de scolarisation pour les jeunes élèves avec TSA (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Elles modélisent de nouveaux schémas de travail entre des professionnels d'expertise, de culture et d'identité variées : l'équipe est composée d'un enseignant et de professionnels médico-sociaux notamment d'un orthophoniste (Bouy, 2016). Ces UEM répondent à l'objectif du Troisième Plan Autisme d'améliorer l'articulation entre les secteurs scolaire et médico-social par un travail conjoint. Les interventions se réfèrent, ainsi que le cahier des charges établi, aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Par conséquent, les membre de l'équipe sont invités à intervenir de manière coordonnée dans l'idée d'un accompagnement global de l'enfant accueilli.

Si le cahier des charges présente les objectifs communs de l'équipe et détaille les missions de certains de ses membres, nous n'avons à ce jour pas d'informations précises dans la littérature sur la place de l'orthophoniste au sein de ce dispositif spécifique et sur la réalisation de ses missions.

C’est à partir de ce constat que nous avons souhaité réaliser un état des lieux du rôle et des pratiques de l’orthophoniste au sein d’une équipe en UEM.
Un questionnaire composé de questions organisationnelles et d’autres orientées sur leurs ressentis concernant cette fonction a donc été proposé à ces orthophonistes.

Ce document s’articule en quatre parties. Nous allons tout d’abord présenter le contexte théorique dans lequel s’inscrit notre travail, puis nous énoncerons nos objectifs avant de préciser la méthodologie suivie. Les résultats de notre étude seront ensuite détaillés, puis discutés.

CONTEXTE THEORIQUE

I. LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME CHEZ L'ENFANT

A. Généralités

1. Définition

Les grands progrès en neurosciences ont permis de mettre en évidence le développement et le fonctionnement cérébral atypique dans l'autisme. Ce dernier peut, à ce titre, être qualifié de trouble neurodéveloppemental comme indiqué dans le DSM-5 (Bonnet-Brilhault, 2020).

Il regroupe « un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage, et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs » (OMS, 2019). Par ailleurs, malgré des évolutions parfois encourageantes, ces dysfonctionnements affectent, à des degrés divers, la vie entière de la personne (Tardif & Gepner, 2019).

Au vu de la forte hétérogénéité des formes d'autisme et de la variabilité des profils cliniques la terminologie d' « autisme » s'est élargie à celle de « troubles envahissants du développement » pour devenir aujourd'hui celle de « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) soulignant ainsi cet éventail de formes cliniques et l'idée de continuum d'un même trouble (Tardif & Gepner, 2019).

Selon les critères du DSM-5, les symptômes de l'ancienne triade autistique réduite à une dyade, que nous détaillerons plus bas, doivent être présents dès la petite enfance ce qui fait de l'autisme un trouble cliniquement précoce du développement (Bonnet-Brilhault, 2017).

2. Prévalence

Les chiffres de prévalence de l'autisme ont augmenté au cours de ces trente dernières années. Cette augmentation est principalement liée à des facteurs comme l'amélioration de la capacité à identifier des difficultés développementales, à repérer des difficultés de communication et d'interaction ainsi que des atypicités comportementales associées. De plus, le dépistage et le diagnostic de plus en plus précoces ont été facilités par les systèmes de diagnostic, une plus grande sensibilisation à l'autisme, la formation croissante des professionnels (Bonnet-Brilhault, 2020 ; OMS, 2019 ; Tardif & Gepner 2019).

Actuellement, en France, on estime qu'il y aurait 700 000 personnes concernées par un TSA dont 100 000 enfants de moins de vingt ans, soit 1% environ de la population française (Bonnet-Brilhault, 2020 ; Tardif & Gepner 2019).

3. Etiologie

Les interrogations restent nombreuses, mais à ce jour, aucun facteur unique ne peut à lui seul rendre compte de l'origine de l'autisme dans sa grande diversité clinique. L'étiologie du TSA serait d'origine multifactorielle due à des dysfonctionnements neurodéveloppementaux complexes endogènes et exogènes.

Ainsi, le modèle explicatif des causes de l'autisme le plus pertinent serait un modèle d'interaction entre facteurs génétiques, développement cérébral, caractéristiques environnementales et comportement de l'individu, ou, plus simplement encore, un modèle d'interaction « gène-cerveau-environnement-comportement » (Tardif & Gepner, 2019).

B. Symptomatologie

Le DSM-5 (2013) caractérise le TSA par une dyade autistique comprenant des « déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés » et un « caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités ». Ces signes cliniques présentent une sévérité variable et requièrent alors un niveau de soutien adapté. Effectivement, les manifestations du trouble varient en fonction des individus, de la sévérité de leur trouble, leur âge chronologique et développemental. Par ailleurs, des troubles associés peuvent s'ajouter notamment la déficience intellectuelle ou des troubles neurologiques comme l'épilepsie (Rogé, 2015). Les symptômes doivent être présents précocement et retentissent sur le fonctionnement de l'individu dans ses différents milieux de vie quotidienne (DSM-5, 2013).

1. Anomalie de la communication et des interactions sociales

L'altération qualitative des interactions sociales et de la communication est au premier plan des signes cliniques des TSA (Mirenda & Iacono, 2009). Il existe une hétérogénéité des comportements communicationnels et langagiers, certains enfants avec TSA peuvent développer une communication verbale fonctionnelle alors que d'autres peuvent, à l'extrême, présenter une absence totale de langage (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

Les précurseurs à la communication constituent une base solide à la mise en place de la communication et par la suite d'un langage verbal adapté (Bazin, 2019). Or, ils connaissent un développement atypique chez l'enfant avec TSA. Ces enfants utilisent peu de gestes, de pointage ou d'échanges de regard ce qui limite les activités d'attention conjointe (Beukelmen & Mirenda 2017). Le regard, les mimiques sociales, les expressions gestuelles sont utilisés de manière inadaptée et rarement dans un but de communication (Rogé, 2015). L'enfant a tendance à s'isoler sans recherche de communication et n'attend pas la présence de l'autre pour se faire comprendre. L'imitation est défaillante, le jeu symbolique n'est pas investi tout comme d'autres jeux sociaux imaginatifs (Ouss-Ryngaert et al., 2008).

En outre, des difficultés de mise en place de la théorie de l'esprit en lien direct avec ces compétences socles de faible niveau, associées à un déficit de compréhension de l'implicite engendrent des difficultés de lecture des états mentaux d'autrui. Ceci altérant notamment le partage émotionnel et l'accès aux codes sociaux (Ouss-Ryngaert et al., 2008).

Par ailleurs, les anomalies de langage peuvent affecter sa forme, son contenu et son utilisation (Ouss-Ryngaert et al., 2008). Outre le retard d'acquisition du langage, des descriptions cliniques font état de certaines particularités : difficultés pragmatiques, écholalies, stéréotypies, inversions pronominales, syntaxe souvent pauvre (Marcelli & Cohen, 2016). Leur voix est souvent décrite comme monotone, et sans fluctuation intonative (Diehl & Paul, 2012).

Enfin, il paraît important de souligner que l'acquisition du langage ne mène pas toujours à la communication et qu'un enfant qui ne parle pas peut tout à fait avoir une communication non verbale fonctionnelle et une compréhension efficiente (Ouss-Ryngaert et al., 2008).

2. Intérêts restreints, comportements répétitifs

Comme le souligne le DSM-5 (2013), les intérêts de l'enfant sont « extrêmement restreints, et fixes, anormaux ». L'enfant peut porter son attention sur un objet à l'exclusion des autres, ce qui le rend envahissant, et l'utiliser lors d'activités répétitives. Cet intérêt participe à l'isolement de l'enfant dans son environnement, il est alors dans sa bulle (Bonnet-Brilhault, 2020 ; Rogé 2015). De plus, les mouvements du corps comme les balancements, l'utilisation d'objet et le langage de l'enfant autiste présentent un aspect stéréotypé et répétitif. Tout changement est compliqué pour ces enfants qui affectionnent particulièrement les routines et les modes comportementaux ritualisés (DSM-5, 2013 ; Rogé, 2015).

Par ailleurs, depuis la publication du DSM-5 (2013), les troubles sensoriels font partie intégrante du diagnostic. Ces particularités saillantes, d'apparition précoce, sont encore peu explorées et peu prises en compte (Tardif & Gepner, 2019). Elles sont caractérisées par une atteinte fluctuante du traitement perceptif menant à une hyperréactivité ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles. Les deux types de fonctionnement peuvent exister simultanément chez un individu. L'hypersensibilité se définit par une surcharge de stimuli pouvant conduire à des conduites de retrait, d'agressivité et des signes d'inconfort. A l'inverse, l'hyposensibilité entraîne une recherche active de sensations et ainsi des intérêts inhabituels pour des aspects sensoriels environnementaux (Bastier, 2019 ; DSM-5, 2013).

D'autres signes cliniques sont souvent évoqués dans l'autisme comme le retard de développement et son hétérogénéité, les troubles du sommeil, de l'alimentation, le retard d'acquisition de la propreté, les problèmes moteurs, les troubles psychiatriques et les troubles du comportement (Rogé, 2015).

C. Le diagnostic précoce

La nécessité d'un dépistage précoce est un enjeu de santé publique faisant consensus. La précocité est effectivement un élément déterminant pour l'évolution du jeune enfant (Tardif & Gepner, 2019). Cette idée s'appuie sur le fait que la plasticité cérébrale est maximale dans les premières années de vie de l'enfant, favorisant sa réception aux interventions proposées (Bonnet-Brilhault, 2020).

L'idée d'un repérage puis d'un diagnostic précoce, dès 18 mois, offre donc la possibilité à un enfant au développement atypique d'accéder à des interventions éducatives, comportementales et développementales, personnalisées et adaptées à son handicap le plus tôt possible afin de favoriser son développement et la mise en place des apprentissages (HAS, 2018 ; Ministère de la Santé, 2013).

La surveillance développementale de l'enfant doit débuter dès les premiers mois (Bonnet-Brilhault, 2020). La recherche de signes d'alerte, décrits par la HAS, peut être mise en œuvre par tout acteur de la vie de l'enfant (HAS, 2018). Le Troisième Plan Autisme (2013-2017) a mis en place un réseau de repérage et de diagnostic sur trois niveaux (alerte, diagnostic simple et complexe) favorisant la lutte contre la prise en charge tardive résultant d'une errance diagnostique ou de difficultés d'accès à ces services (Ministère de la Santé, 2013).

Actuellement, le diagnostic d'autisme est établi entre 2 et 3 ans en moyenne mais les signes d'autisme pourraient être décelés plus précocement par les cliniciens formés à ces troubles (Rogé, 2015). La HAS émet la possibilité d'un diagnostic de TSA dès l'âge de 18 mois, recommandant avant cet âge un diagnostic de trouble du neurodéveloppement (2018).

Ce décalage entre la connaissance des manifestations des signes de l'autisme et la mise en application du diagnostic peut s'expliquer par différents facteurs notamment une méconnaissance du développement normal, un manque d'expérience de certains professionnels, l'utilisation de matériel inadapté au jeune âge, ainsi que la variabilité du trouble (Rogé, 2015).

Pour faire face à ces difficultés, le Quatrième Plan Autisme (2018-2022) s'engage, dans la continuité du Troisième Plan, à la réalisation de diverses actions notamment à la création des Plateformes de Coordination et d'Orientation « autisme - trouble du neuro-développement (TND) » proposant aux familles un parcours de soin précoce (Ministère de la Santé, 2018).

D. Les interventions

1. Principes généraux

La HAS recommande la mise en place d'un projet personnalisé d'intervention dès 18 mois et avant 4 ans. Les interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées doivent être diversifiées, complémentaires, coordonnées mais aussi individualisées afin de répondre aux besoins de chaque enfant tout en prenant en compte leurs particularités (HAS & ANESM, 2012).
Elles sont définies à la suite d'une évaluation clinique des différents domaines du fonctionnement permettant de mettre en lumière les secteurs particulièrement atteints dans le développement de l'enfant (Bonnet-Brilhault 2017). Une évaluation et un suivi continus des interventions sont recommandés afin de suivre son développement et procéder à des adaptations si nécessaire.
Ces interventions visent la participation de l'enfant, son autonomie et la facilitation de ses apprentissages et compétences adaptatives. Elles jouent un rôle important dans l'amélioration de sa qualité de vie. Elles favorisent son développement dans des domaines fonctionnels comme la communication et le langage, les interactions sociales, l'aspect sensoriel et moteur, les capacités cognitives, émotionnelles et affectives (HAS & ANESM, 2012). L'intervention passe notamment, par la stimulation de comportements pivots tels que l'imitation, l'initiation, l'attention conjointe et la motivation (Rogé, 2015). En outre, la réduction des comportements problématiques présents chez les enfants TSA est envisagée de manière indirecte, le développement de nouvelles capacités venant concurrencer les comportements déviants (Rogé, 2015).
L'implication des parents est recommandée notamment pour participer à la généralisation et au transfert des acquis de l'enfant dans divers environnements (HAS & ANESM, 2012).

Les interventions évaluées mettent en évidence une augmentation du quotient intellectuel, une amélioration des compétences communicationnelles et langagières, l'apparition de comportements sociaux plus adaptés et une baisse d'intensité des comportements autistiques (HAS & ANESM, 2012).
Ainsi, bien qu'aucune approche ne puisse prétendre restaurer un fonctionnement normal ou améliorer le fonctionnement de tous les enfants, elles garantissent, lorsqu'elles sont correctement ajustées, les meilleures conditions de relance de la trajectoire développementale (Bonnet-Brilhault, 2017).

Parmi les interventions globales fondées sur des approches éducatives, comportementales et développementales, la HAS recommande la thérapie ABA (Applied Behavior Analysis ou Analyse Appliquée du Comportement), le programme de Denver, la TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication handicapped Children ou Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication), ainsi que la TED (Thérapie d'Echange et de

Développement). Ces approches intégrant des principes communs ne doivent pas être présentées comme exclusives les unes des autres (HAS & ANESM, 2012).

2. ABA

L'ABA est une méthode comportementaliste reposant sur la théorie du conditionnement opérant de Skinner (1938). Elle repose sur les principes de l'apprentissage et peut être utilisée dans toutes les situations. L'ABA permet d'enseigner de nouveaux comportements, d'encourager les comportements adaptés et de réduire les comportements inappropriés afin de favoriser la meilleure intégration possible dans la société (Bernard Paulais et al., 2018). Les comportements positifs sont renforcés afin de favoriser la motivation et d'augmenter les chances d'apparition de ce comportement. Ces renforcements d'abord concrets (nourriture, jouet, activité appréciée) sont rapidement relayés par des renforçateurs sociaux, puis espacés dans le temps en corrélation avec une attente de réponses plus élaborées. De plus, les comportements acquis sont sollicités dans un environnement de moins en moins structuré afin de faciliter la généralisation dans la vie quotidienne (Ouss-Ryngaert et al., 2008). L'approche VB (Verbal Behavior ou Comportement Verbal) développée par Sundberg et Partington (1998), est une branche de l'ABA qui met l'accent sur l'apprentissage du langage et de la communication. Les principes du comportementalisme sont utilisés pour favoriser l'enseignement des comportements verbaux, la priorité est ainsi mise sur le développement des fonctions de communication (Gamard, 2016).

3. TEACCH

Le programme TEACCH développé par Eric Schopler (1971),est une approche à référence développementale s'inspirant des théories cognitivo-comportementales. L'approche TEACCH dont l'objectif à long terme est l'indépendance et la participation à la vie sociale, propose un enseignement structuré. Il se traduit par l'organisation de l'environnement physique par des zones visuellement bien définies, l'utilisation de repères temporels visuels concrets comme les emplois du temps, et la structuration des tâches notamment à l'aide de routines. Ces adaptations visent une meilleure compréhension de l'environnement par l'enfant avec TSA et ainsi l'optimisation de ses apprentissages (Dionisi, 2013).

4. TED

La TED élaborée par Lelord (1987) permet de développer l'attention à autrui, l'intention, l'imitation afin d'améliorer au plus tôt les capacités d'échange et de communication. Trois conditions indispensables régissent cette thérapie : la sérénité, la disponibilité et la réciprocité. Elles facilitent

ainsi les ajustements réciproques enfant–adulte dans une dimension de plaisir partagé, un contexte ludique et adapté à l'enfant (Blanc et al., 2013).

5. Le modèle de Denver

Le modèle d'intervention précoce de Denver (Early Start Denver Model, ESDM) développé par Rogers et Dawson (2010) s'appuie sur des concepts développementaux, relationnels, comportementaux et d'apprentissage. Il est spécifiquement destiné aux jeunes enfants de 12 à 48 mois et est individualisé en fonction des besoins de chacun. Il permet de stimuler de manière intensive les compétences d'engagement social, d'imitation et la communication (Schröder et al., 2015). L'ESDM se base sur des routines d'activités conjointes et ludiques centrées sur les intérêts de l'enfant lui fournissant un maximum d'opportunités de communication. De plus, le maintien d'un cadre écologique est préconisé par ce modèle naturaliste s'appliquant dans les différents lieux de vie de l'enfant (Peter & Mengarelli, 2018).

Nous avons décrit le TSA chez l'enfant, l'importance de son diagnostic précoce et les différentes interventions qui peuvent lui être proposées. A présent, nous allons nous intéresser au rôle que peut avoir l'orthophoniste auprès de ces enfants.

II. LE ROLE DE L'ORTHOPHONISTE AUPRES DE L'ENFANT AVEC TSA

Le Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste stipule sa mission de prévention, d'évaluation et de prise en charge aussi précocement que possible de multiples pathologies dans divers domaines notamment chez les enfants présentant un handicap (Jospin et al., 2002).

A. Evaluation orthophonique

L'examen du langage et de la communication repose à la fois sur une connaissance des particularités de fonctionnement de l'enfant mais également sur une méthodologie générale du bilan. Le bilan orthophonique trouve sa spécificité dans l'examen dynamique des structures du langage permettant de différencier les troubles primaires pouvant expliquer un retrait relationnel des troubles du langage propres à l'autisme (Coudougnan, 2012). Il permet d'étudier toutes les composantes langagières et leur utilisation dans un contexte interactif aussi bien en compréhension qu'en production (HAS, 2018).

De plus, il est nécessaire à toute prise en charge éducative et rééducative de l'enfant avec TSA et permet de déterminer les projets thérapeutiques et rééducatifs adaptés à l'enfant en fonction de son

profil communicatif et langagier, de ses compétences, de ses ressources et de ses difficultés afin de favoriser le développement d'un mode de communication fonctionnel en vue d'une communication sociale (Coudougnan, 2012 ; Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

L'orthophoniste se doit de respecter les principes de sobriété, de tranquillité et de disponibilité. Ainsi, une salle sobre et silencieuse est recommandée, l'enfant doit être calme, intéressé et disponible, et le thérapeute faire preuve d'attention, de patience et d'ingéniosité (Adrien, 2002).

1. Démarche et domaines explorés

L'anamnèse est la première étape, c'est un moment précieux de recueil d'informations concernant le développement notamment linguistique de l'enfant, son mode de communication actuel, sa capacité à se faire comprendre, ses intérêts, et les inquiétudes des parents (Coudougnan, 2012).

Chez les patients les plus jeunes ou avec un faible niveau de développement, l'orthophoniste analyse, à l'aide de grilles d'observation, le comportement de l'enfant et sa communication globale à travers des situation libres ou semi-dirigées. Ainsi, il apprécie les aspects concernant les précurseurs à la communication tels que le contact visuel, l'attention conjointe, les capacités d'imitation, le tour de rôle, les gestes, les expressions faciales, le pointage, l'accès au jeu symbolique, le rapport aux autres ainsi qu'aux objets, mais aussi les modes et les fonctions de communication utilisés par l'enfant ainsi que la perception de son environnement sonore et la qualité de sa compréhension.

Pour les patients plus âgés et/ou présentant des troubles moins sévères notamment un accès au langage, un bilan formel à l'aide de tests standardisés non spécifiques aux enfants avec un TSA permet l'évaluation de leurs capacités réceptives (compréhension lexicale, syntaxique) ainsi que les capacités expressives (phonologie, prosodie, lexique, morphosyntaxe). Les compétences pragmatiques et conversationnelles concernant les aspects sociaux du langage et la capacité du sujet à adapter son discours dans différents contextes sont également investiguées. De plus, à partir de 5 ou 6 ans, l'évaluation du langage oral peut être complétée par une évaluation classique des compétences en langage écrit (Coudougnan, 2012 ; Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

Par ailleurs, les particularités de la sphère orale, nécessaire à la parole et à l'alimentation, sont explorées lors de l'anamnèse, de l'examen de la motricité bucco-faciale ou lors de l'observation d'un temps de repas. La connaissance du profil sensoriel participe également à la réflexion et à la connaissance du trouble. Cependant, les orthophonistes disposent de peu d'outils spécifiques d'évaluation et de prise en soin pour ces patients (Prudhon & Tuffreau, 2012 ; Prudhon, 2017).

2. Outils d'évaluation

Nous allons présenter une liste non exhaustive d'outils pouvant être utilisés avec des enfants avec TSA de 0 à 6 ans.

- Concernant les compétences communicatives chez les enfants avec peu ou pas de langage, la HAS (2005) recommande l'utilisation de l'ECSP (Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce) (1993) et de la grille de Wetherby et Prutting (1984).
  - L'ECSP de Guidetti et Tourette propose l'évaluation des capacités d'interaction sociale, d'attention conjointe et de régulation du comportement chez des enfants de 3 à 30 mois dans diverses situations.
  - La grille des fonctions communicatives de Wetherby et Prutting permet d'établir un profil communicatif de l'enfant, elle répertorie des fonctions de communication qualifiées d'interactives et de non interactives tout en relevant les moyens de communication employés par l'enfant lors d'une observation semi-dirigée favorisant les prises d'initiatives.

- Le VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) (Sundberg, 2008) est l'évaluation de référence lorsque l'on travaille avec l'approche VB, branche de l'ABA. Elle permet l'évaluation du comportement verbal de l'enfant. Cette évaluation peut être utilisée dans la limite de compétences correspondant à celles d'un enfant typique de 4 ans (Beaujard, 2016 ; Gamard 2016).

- Le ComVoor, cité par la HAS (2018), est un outil d'évaluation qui permet d'obtenir un niveau de conceptualisation de l'enfant fournissant des informations sur les possibilités de mise en place d'une communication augmentée ou alternative.

- Des batteries non spécifiques conçues par Coquet, Ferrand et Roustit (2009, 2010) peuvent aussi être utilisées comme :
  - EVALO BB (2010) : elle propose une méthodologie d'observation du jeune enfant ou de l'enfant avec peu ou pas de langage, reposant sur l'évaluation du rapport aux autres et aux objets, de la compréhension, de l'expression et des praxies.
  - EVALO 2-6 (2009) : elle présente une évaluation du langage formel mais aussi l'évaluation des compétences pragmatiques, dans des situations diverses (formelle, situation libre ou partagée) (Coudougnan, 2012).

B. Intervention orthophonique

1. Objectifs et axes thérapeutiques

« L'objectif de la prise en soin orthophonique des enfants avec TSA n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice mais une approche plus large de la communication » (Cuny & Giulani, 2014). Elle doit être mise en place précocement et vise l'évolution des différentes compétences déficitaires ou déviantes chez ces enfants. C'est la communication verbale et non verbale, impliquée dans le développement des capacités de socialisation, qu'il faudra développer chez l'enfant avec TSA. L'amélioration des compétences de communication sociale va permettre à l'enfant d'apprendre à les utiliser plutôt que de développer des comportements non appropriés et présenter des troubles du comportement (Cuny & Giulani, 2014).

L'orthophoniste propose une prise en soin dans un cadre structuré sur le plan spatio-temporel tout en réduisant les distracteurs. Il renforce la motivation, stimule le désir de communiquer, les capacités de communication verbale et non verbale et les moyens de communication, dans le but d'obtenir une communication fonctionnelle.
Ce professionnel cherche en priorité à faire émerger les compétences socles à la communication. Il travaille avec le patient dans le but d'améliorer les compétences pragmatiques et ses habiletés socio-conversationnelles. Il veille également à son niveau de compréhension.
En outre, l'orthophoniste éduque les aspects formels du langage, à savoir l'articulation, la phonologie, les compétences lexicales et syntaxiques, et le langage écrit. Si l'enfant est non-verbal ou présente des difficultés langagières importantes, la mise en place d'une communication alternative et augmentée peut-être nécessaire (Renaudo, 2013).

Ainsi « dans l'autisme, soit le langage n'existe pas et il faut mettre en place des moyens de substitution ; soit il existe, mais il reste littéral, peu flexible, peu social, rarement conversationnel, et il faut travailler sur le décodage des subtilités d'usage du langage et le maniement des règles qui l'entourent » (Tardif & Gepner, 2019).

Concernant les troubles de l'oralité alimentaire, l'orthophoniste peut veiller à l'aménagement de l'environnement pendant les repas, il propose des approches sensorielles intégrant des processus de désensibilisation, mais peut aussi s'inspirer d'approches comportementales (Prudhon & Tuffreau, 2012 ; Prudhon, 2017). Les séances pourront s'accompagner d'un travail de stimulation des effecteurs oro-faciaux et de la déglutition en fonction des besoins.

Enfin, la guidance parentale fait également partie des compétences de l'orthophoniste. L'article 4 de son décret de compétences met en avant son rôle d'accompagnement et de collaboration

avec les proches du patient grâce des conseils adaptés (Jospin et al., 2002). Ses objectifs sont de soutenir les parents en prenant en compte leur ressenti face aux difficultés de leur enfant, d'apporter des informations sur le développement typique et sur celui de leur enfant, et de leur permettre d'agir grâce à des conseils sur les attitudes à mettre en place ou les activités à proposer à l'enfant afin d'optimiser son développement global. La guidance est associée à une prise en soin individuelle du patient et doit s'adapter à chaque famille (Coquet, 2004 ; Antheunis et al., 2007). Les enfants avec un TSA ayant des difficultés de généralisation, il est essentiel que la famille et tous les professionnels entourant l'enfant communiquent afin de stimuler la généralisation des acquis (Tanet-Mory, 2002).

2. La communication alternative et augmentée (CAA)

a. Définition

La communication alternative et augmentée (CAA) regroupe l' « ensemble des formes de communication proposées au patient qui ne possède aucune parole, ou dont l'expression est inintelligible, ou bien encore dont les troubles spécifiques sont si importants qu'ils l'empêchent d'atteindre un niveau efficace de communication » (Courrier et al., 2018). L'adjectif « alternative » suppose qu'elle vient pallier un manque en terme de communication, tandis que « augmentée » suppose une amélioration des capacités de communication. La CAA inclut des systèmes sans aide technique comme le signe et le geste, ou avec tels que des supports papiers avec des pictogrammes, des photos, ou numérique (Cataix-Nègre, 2017).

Les personnes TSA présentant un trouble de la communication important sont particulièrement concernées par la CAA, qui doit être mise en place le plus tôt possible pour une prise en main plus efficace, et bénéficier de meilleurs résultats (Walker & Snell, 2013).

Cet apprentissage fait partie intégrante du décret de compétences des orthophonistes (Jospin et al. 2002). Selon les recommandations de la HAS et de l'ANESM (2012) dans le domaine de la communication et du langage, l'orthophoniste doit mettre en place tout moyen de communication permettant de favoriser l'émergence du langage oral chez un enfant autiste de moins de six ans qui ne s'exprime pas encore oralement ou ayant un très faible champ lexical.
Il est important de partir des compétences de l'enfant afin de répondre à ses besoins en termes de communication de manière ajustée (Cataix-Nègre, 2011). L'évaluation réalisée guide le choix de l'outil ou des moyens qui seront proposés à l'enfant. Il est recommandé de ne pas se limiter à une seule possibilité et de s'ouvrir à de multiples modes de communication adaptés à ses capacités et à ses besoins quotidiens (BIAP, 2013).

Afin de permettre la généralisation des acquis dans tous les environnements quotidiens de l'enfant, il est nécessaire de diversifier les mises en situation de la CAA, de les proposer dans différents milieux avec de multiples partenaires de communication qui soient les plus naturels possibles, ce qui rend l'implication de la famille et de l'ensemble de l'entourage quotidien de l'enfant avec TSA essentielle. Cela favorise la lisibilité de son environnement et offre une possibilité d'expression dans l'ensemble des contextes au sein desquels il est amené à évoluer (Franc, 2010 ; Ganz, 2015).

b. Présentation de moyens de CAA

Nous allons exposer différents moyens de CAA pouvant être préconisés dans le cadre d'une prise en soin d'un enfant avec TSA.

Le PECS (Picture Exchange Communication System) est un système de communication par échange d'images. Basé sur l'analyse appliquée du comportement, des stratégies d'enseignement spécifiques et de renforcement sont utilisées tout au long du protocole. Il donne à l'enfant avec TSA des moyens de faire connaître ses envies et besoins, afin d'arriver à une communication fonctionnelle. L'enfant apprend d'abord à initier une interaction par la demande puis à rendre l'échange plus spontané, il apprend à discriminer des pictogrammes, faire des choix, construire des phrases, répondre à une question et commenter. Le travail sur le développement du langage est effectué simultanément puisque l'adulte verbalise les demandes de l'enfant (Ouss-Ryngaert et al., 2008).

Le Makaton est un programme de communication multimodale favorisant le développement du langage oral par la superposition de plusieurs canaux de communication à savoir le canal gestuel par l'utilisation de signes inspirés de ceux de la langue des signes française (LSF), le canal symbolique grâce à des pictogrammes représentant des mots, et le canal oral car les mots sont également oralisés. Il cible l'apprentissage sur l'enseignement d'un vocabulaire de base restreint en quantité mais très fonctionnel, organisé par niveaux et adapté en fonction des besoins de l'enfant, tout en combinant l'utilisation des différentes modalités de communication (Ouss-Ryngaert et al., 2008).

Le système PODD (Pragmatic Organisation Dynamic Display) est un outil de communication présentant du vocabulaire en pictogrammes organisé selon deux grands principes. D'une part, les fonctions pragmatiques permettant de clarifier l'intention ou le type de message (faire des demandes, donner son opinion, se plaindre, poser des questions, raconter, informer) favorisant la compréhension d'un message chez un enfant avec TSA, et d'autre part, les sections thématiques regroupant du vocabulaire plus spécifique. Le système est évolutif, personnalisé et s'inscrit dans une approche écologique et développementale du langage. Ces classeurs mettent en œuvre la stimulation du langage

assisté puisque le partenaire de communication utilise lui-même la modalité de communication alternatif tout en oralisant, et ce dans tous les contextes (Cataix-Nègre, 2017 ; Suc-Mella, 2019).

L'orthophoniste a donc un rôle essentiel tant au niveau de l'évaluation, de la prise en soin de l'enfant, par son intervention précoce sur les précurseurs à la communication, la mise en place de moyens de CAA adaptés et sa mission d'accompagnement des familles. Nous allons maintenant nous intéresser aux Unités d'Enseignement en Maternelle (UEM) dans lesquelles l'orthophoniste peut exercer au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

III. LES UNITES D'ENSEIGNEMENT EN MATERNELLE

Dans la lignée de plusieurs textes officiels allant dans le sens d'une inclusion en milieu ordinaire (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, Circulaire n° 2005-124 du 8 mars 2005), la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013 prône l'école inclusive pour tous les enfants, sans aucune distinction, ainsi que la mise en place des aménagements nécessaires (Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013). De plus, cette dynamique est confirmée par la circulaire du 8 août 2016 déclarant que l'élève en situation de handicap doit, grâce à des aménagements et des adaptations, avoir accès aux mêmes savoirs et exigences que les autres enfants (Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016).

A. La naissance des UEM

Les bienfaits d'une scolarisation inclusive en faveur du développement des enfants avec TSA sont aujourd'hui mis en avant par diverses études et personnes avec autisme (Alin, 2019). Effectivement, permettre aux enfants avec TSA d'apprendre parmi leurs pairs, favorise leur progression dans les interactions sociales et la communication notamment par mimétisme (Garnier, 2018). Agir pour l'Autisme (2019) considère l'école indispensable à l'enfant autiste dans la mesure où elle le place « dans des situations de vie concrètes, lui permettant d'acquérir une culture et des comportements aussi proches de la « normale » que possible ». Un enfant avec TSA bien intégré et recevant un encadrement adapté en classe ordinaire « évolue et progresse durablement sur le plan des apprentissages et sur le plan des relations avec les autres » (Agir pour l'Autisme, 2019). De plus, l'intervention précoce serait un facteur facilitant l'inclusion en milieu ordinaire.

Des expérimentations menées dans le cadre du Plan Autisme 2008-2010 mettent en évidence les bénéfices d'une mutualisation des interventions scolaire et médico-sociale ou sanitaire dans la prise en charge des jeunes enfants (Ministère de la Santé, 2013).

Les Unités d'Enseignement en Maternelle représentent un premier espoir. Ces unités ont vu le jour en 2014 et se développent peu à peu. Elles ont été créées dans la continuité du Troisième Plan Autisme (2013/2017) qui met l'accent sur l'intervention précoce et intensive. Implantées au sein d'écoles maternelles ordinaires, les UEM sont fonctionnellement rattachées au secteur médico-social et constituent une modalité de scolarisation pour les élèves avec TSA d'âge de l'école maternelle (Ministère de la Santé, 2013). Il s'agit de favoriser l'inclusion de ces enfants dans des milieux scolaires classiques, en leur permettant une insertion progressive et adaptée à leur rythme.

Ce plan prévoyait la création d'une unité d'enseignement par académie à la rentrée scolaire 2014 pour tendre ensuite vers une unité d'enseignement par département soit 110 UEM réparties sur l'ensemble du territoire (Ministère de l'Education nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Le Quatrième Plan Autisme (2018/2022) a pour objectif de rattraper le retard concernant la scolarisation notamment en triplant ce nombre d'UEM (Ministère de la Santé, 2018).

B. Un cahier des charges

1. Public accueilli

Les UEM accueillent jusqu'à 7 enfants avec TSA de 3 à 6 ans, en manque d'autonomie, n'ayant pas acquis suffisamment le langage et/ou présentant d'importants troubles du comportement. L'accompagnement de ces enfants est de trois années maximum, la durée étant liée à l'âge d'entrée dans l'UEM, et pouvant être réduite notamment lors d'un accès à une scolarisation ordinaire.

C'est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au sein de la MDPH qui oriente un élève vers une UEM (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

2. Caractéristiques et fonctionnement de l'UEM

a. Le projet

Les UEM offrent à l'enfant avec TSA un cadre spécifique et sécurisant au sein duquel des temps individuels et collectifs sont réalisés autour d'un parcours de scolarisation respectant les programmes établis par l'Education Nationale et le socle commun de connaissances. Des interventions éducatives et thérapeutiques précoces personnalisées et coordonnées, validées par la HAS, en lien avec le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) de chaque enfant sont également organisées.

Le projet de l'enfant donne lieu à des interventions, dans le cadre d'un accompagnement structuré et intensif, visant le développement des capacités neurodéveloppementales, cognitives, sensorielles et motrices, le soutien des apprentissages scolaires, de l'autonomie et de la socialisation, un travail sur

les émotions et le comportement de l'enfant, ainsi que l'amélioration de ses compétences de communication et des interactions sociales (HandiCap'Anjou, 2021 ; Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). De plus, le projet de l'UEM visant la scolarisation des élèves en milieu ordinaire, des temps d'inclusion sont organisés pour chaque enfant selon leurs possibilités et leurs besoins.

b. Stratégies et outils pour les activités et interventions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques

Les recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS et l'ANESM cadrent les stratégies élaborées par les professionnels.

L'adaptation des interventions pédagogiques et éducatives est nécessaire dans la mesure où l'enfant avec TSA manifeste des difficultés communicationnelles et dans les interactions, de compréhension des situations et dans la mise en place des compétences de base. Les compétences pivots comme la motivation, l'initiation, l'imitation l'attention conjointe ainsi que la discrimination devront être travaillées afin de rendre accessibles les apprentissages scolaires (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

- L'adaptation langagière peut nécessiter la mise en place d'un système de communication visuel. L'utilisation d'un langage simple et de supports visuels sont recommandés afin de faciliter la compréhension. L'entraînement des émergences orales est nécessaire ainsi que l'exercice des opérants verbaux tels que la demande, le commentaire, l'imitation ou le dialogue.

- Des stratégies pédagogiques spécifiques sont élaborées au sein desquelles les intérêts et motivations de l'enfant sont pris en compte. Les apprentissages sont structurés et les tâches décomposées, privilégiant ainsi la progressivité et la mise en place d'objectifs raisonnables et à court terme. L'accès à la généralisation des acquis est important, il suppose l'application d'une notion dans différents contextes. De plus, la structuration spatio-temporelle est primordiale afin de permettre une stabilité des repères et offrir ainsi un cadre régulier et sécurisant à l'enfant avec TSA (ANESM, 2010).

- Le comportement de l'élève doit pouvoir être pris en compte continuellement. Les professionnels privilégient la réduction des comportements inadaptés notamment par l'apprentissage de comportements alternatifs, et, à l'inverse, encouragent les comportements adaptés grâce au

renforcement positif (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

3. L'équipe intervenant au sein de l'UEM

a. Composition de l'équipe et missions

L'équipe est composée d'un enseignant spécialisé et d'une équipe médico-sociale. Le partenariat entre les professionnels de l'Education nationale et du médico-social représente une condition indispensable à la réussite du projet (Balestrat, 2015).

- L'enseignant spécialisé pilote la mise en œuvre du projet de l'UEM, il organise l'emploi du temps et assure la coordination des actions pédagogiques, éducatives et paramédicales, la confiance et la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe, tout en partageant avec eux un langage et des outils communs.
- L'équipe médico-sociale est composée de professionnels éducatifs tels que les moniteurs-éducateurs, les éducateurs spécialisés, les éducateurs de jeunes enfants, et les aides médico-psychologiques. Ces professionnels ont pour mission la mise en place des cibles pédagogiques définies par l'enseignant correspondant aux objectifs fixés pour chaque enfant. Ces professionnels ont également pour rôle de mettre en place les protocoles d'intervention éducative, comportementale ou développementale. Ils accompagnent les enfants vers l'autonomie, et la socialisation sur des temps variés.

  Cette équipe est également composée de professionnels paramédicaux : l'orthophoniste et le psychomotricien effectuant des interventions individuelles et collectives auprès des enfants.
- Le psychologue intervenant à l'UEM participe à la co-construction des objectifs des enfants et favorise leur mise en œuvre. Il accompagne l'enseignant dans la construction du programme d'apprentissage et veille à la bonne gestion des comportements problèmes.

Par ailleurs, l'ensemble de l'équipe a pour mission d'accompagner les enfants lors des temps d'inclusion en classe ordinaire afin d'observer l'enfant, de favoriser la généralisation des acquis et la transmission de savoir-faire à l'enseignant de la classe ordinaire.

Afin d'assurer une coordination des interventions, des temps de concertation et d'élaboration du projet collectif sont organisés entre les professionnels (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

b. Formation

La formation des intervenants est primordiale afin de maîtriser et de partager l'ensemble des stratégies et outils nécessaire à la mise en œuvre des différentes interventions. Une formation initiale précédant l'ouverture de l'UEM est organisée. Des formations spécifiques peuvent également avoir lieu pour permettre aux professionnels d'enrichir leurs connaissances grâce à des modules en lien avec leurs pratiques (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

c. Supervision

La supervision des pratiques, recommandée par la HAS et l'ANESM, favorise une bonne mise en œuvre des interventions personnalisées, globales et coordonnées. Elle est assurée par un professionnel extérieur à l'équipe formé à l'autisme, intervenant généralement une fois par mois. Le superviseur soutient l'équipe dans la mise en place du programme personnalisé et participe aux temps de concertation afin d'échanger sur différents points notamment les difficultés rencontrées. Il est également amené à réguler les actions de l'équipe en observant les pratiques spécifiques de chacun pour en faire un retour favorisant leur progression (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

4. La coopération avec les parents

Établir une relation de confiance avec les familles exige tout d'abord la reconnaissance des compétences parentales acquises. Ce climat de confiance est le substrat indispensable sur lequel la relation avec l'enfant sera progressivement construite (Balestrat, 2015).

L'implication des parents dans l'intervention précoce est recommandée afin d'assurer la cohérence des interventions et des modes d'interactions avec l'enfant, tout en favorisant leur développement et leur bien-être (HAS & ANESM, 2012). La connaissance qu'ils ont de leur enfant et de ses besoins en font des partenaires essentiels tout au long de l'accompagnement.

Ainsi, une guidance parentale est indiquée. Elle repose sur la valorisation, le renforcement et l'émergence des compétences éducatives parentales, l'accompagnement des parents vers une meilleure compréhension du handicap et des interventions adaptées, ainsi que l'accès à des espaces de parole. Cette guidance éducative encourage également la généralisation des acquis de l'enfant et soutient les parents dans leur quotidien.

Par ailleurs, une étude réalisée dans une UEM par Cappe et al. auprès de six parents et sept professionnels va dans le sens de cette collaboration essentielle. Elle montre le besoin et le souhait des parents de s'impliquer dans la prise en soin de leur enfant, répondant à celui des professionnels

de rendre les parents acteurs du projet. Les parents expriment également la nécessité d'avoir des retours réguliers lors de réunions, besoin auquel peut répondre celui des professionnels de rencontrer les familles et de recueillir des informations au sujet de leur enfant. Enfin, les attentes des parents et des professionnels vont vers un même but : celui d'améliorer la communication de l'enfant, son autonomie et de le mener vers une scolarité en classe ordinaire (Cappe et al., 2016).

IV. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF

L'orthophoniste a un rôle essentiel dans l'intervention précoce des enfants avec TSA. Il intervient dans l'évaluation de leurs besoins permettant la mise en place d'un projet thérapeutique adapté, leur suivi, la proposition d'adaptations notamment de moyens de CAA et l'accompagnement des familles. Ce professionnel peut être amené à intégrer une équipe pluridisciplinaire au sein d'une UEM. Le projet de cet établissement invite les différents membres de l'équipe à intervenir de manière coordonnée dans l'idée d'un accompagnement global de l'enfant accueilli. Le cahier des charges de l'UEM met en évidence diverses actions afin de favoriser le développement du langage et de la communication, prônant le travail en équipe, la mise en place d'adaptations, la coopération essentielle avec les familles, et l'objectif d'inclusion progressive des enfants dans le secteur ordinaire.

Or, à ce jour, nous n'avons que très peu d'informations sur le rôle de l'orthophoniste et ses pratiques au sein de ce dispositif. Cela pourrait s'expliquer par leur création encore récente mais aussi du fait que toutes les UEM ne sont pas pourvues d'un orthophoniste.

Nous avons donc souhaité connaître la place que l'orthophoniste occupe au sein de cette équipe, ses modalités d'exercice et son ressenti concernant ce poste.

Ainsi, l'objectif de ce mémoire est de recenser grâce à un état des lieux le rôle et les pratiques de l'orthophoniste au sein d'une équipe en UEM.

Afin d'atteindre notre objectif, nous posons la question de cherche suivante :

- Quel est le rôle de l'orthophoniste au sein d'une équipe en UEM et quelles sont ses pratiques ?

MATERIEL ET METHODES

I. POPULATION

A. Population cible

Cette étude s'adresse à tout orthophoniste exerçant ou ayant exercé au sein d'une Unité d'Enseignement en Maternelle quels que soient son statut et sa durée d'exercice.

- Critères d'inclusion : être orthophoniste, avoir exercé/exercer en UEM, tout statut (libéral, salarié) et durée d'exercice confondus.
- Pas de critère d'exclusion

B. Mode de recrutement

Les sujets de l'étude ont été recrutés via un questionnaire en ligne, sur la base du volontariat et de manière anonyme.

C. Taille de l'échantillon

27 orthophonistes ont répondu au questionnaire et ont ainsi formé l'échantillon final.

II. QUESTIONNAIRE

A. Outil utilisé

Le travail d'enquête a été réalisé au moyen d'un questionnaire, de type auto-administré, disponible en ligne. Il a été élaboré à l'aide du logiciel Google Forms en raison de sa simplicité d'utilisation, de ses différentes fonctionnalités et de son accès facile et rapide.

B. Elaboration du questionnaire

Après avoir réalisé des recherches théoriques sur le sujet, nous avons procédé à l'élaboration du questionnaire. Elle s'est étendue de mi-septembre à fin novembre 2020 en collaboration avec ma maître de mémoire Maud Vaillant (orthophoniste en UEM).
Le questionnaire est intitulé « Le rôle de l'orthophoniste au sein d'une équipe en Unité d'Enseignement en Maternelle » et est composé de 47 questions. La durée de l'enquête est d'environ 30 minutes.

C. Organisation du questionnaire

Les 47 questions sont organisées au sein de 10 sections *(Tableau 1).* Les questions peuvent être organisationnelles ou orientées sur le ressenti des orthophonistes concernant ce poste.

1. DONNEES GENERALES	7 questions	Durée d'exercice Statut d'exercice Temps de présence Fiche de poste · Si oui, élaboration fiche de poste · Si non, définition des missions Equipe pluridisciplinaire
2. BILAN ET PRISE EN SOIN ORTHOPHONIQUE	10 questions	Domaines évalués Outils utilisés Accompagnement de l'ensemble des enfants · Si non, raisons Fréquence rencontres Facteurs influençant la fréquence de prise en soin Modalités d'intervention Axes thérapeutiques majeurs Domaines/objectifs prise en soin de groupe · Si absence prise en soin de groupe, raisons
3. ADAPTATIONS	9 questions	Utilisation de la CAA Moyens de CAA utilisés Décision des moyens de CAA Mise en place des moyens de CAA Formation des professionnels aux outils de CAA Rôle dans l'aménagement de l'environnement Approches éducatives - Lesquelles - Incidence sur le rôle d'orthophoniste
4. EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	4 questions	Participation au PPI Participation aux réunions d'équipe - Si non, raisons Intervention dans mise en place objectifs enfant
5. SUPERVISION	3 questions	Supervision en place - Si oui, atout/contrainte/les deux - → Raisons
6. FORMATION	3 questions	Présence à la formation initiale Formations suivies Formations souhaitées
7. GENERALISATION	1 question	Déroulement de la généralisation
8. LIEN AVEC LES FAMILLES	4 questions	Occasions de rencontres avec les parents Guidance parentale - Si oui, description - Si non, raisons
9. INCLUSION SCOLAIRE	3 questions	Accompagnement d'enfants en temps d'inclusion - Si oui, raisons Implication dans le processus d'inclusion
10. RESSENTI	3 questions	Avantages du poste Limites du poste Attentes

Tableau 1 : Organisation du questionnaire

Nous avons proposé différents types de questions :

- Des questions ouvertes permettant des réponses plus libres et détaillées (32 questions)
- Des questions fermées à réponse unique avec parfois la possibilité d'ajouter une autre option à celles proposées, item « Autre » (14 questions)
- Une question à choix multiples présentant l'item « Autre » également (1 question)

Le déroulé de certaines questions dépendait des questions précédentes, ainsi, tous les participants n'ont pas eu exactement les mêmes questions.

D. Phase de pré-test

Une étape de pré-test du questionnaire a été réalisée avant son envoi, fin novembre 2020, par des étudiantes en orthophonie et des orthophonistes, afin de vérifier la bonne configuration du questionnaire en ligne, la clarté, la cohérence des questions, et la facilité de réponse.

E. Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire s'est déroulée du 24 novembre 2020 au 31 janvier 2021.
Il a été diffusé via :

- Le réseau social Facebook, au sein de deux groupes :
    - UEMA – Unité d'enseignement maternelle – professionnels//France
    - Orthophonistes en UEM
- Des Mails grâce à un listing d'UEM de France établi par http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr

Le questionnaire a été complété en ligne par chaque répondant lui-même.

Nous avons réalisé un rappel le 6 janvier au sein du groupe Facebook : UEMA – Unité d'enseignement maternelle – professionnels//France.

III. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES

A. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait automatiquement via l'outil Google Forms. Le programme permet une vision d'ensemble des résultats (groupe entier) mais également un recueil des réponses individuelles.

B. Analyse des données

Les données recueillies sont uniquement qualitatives. Elles ont fait l'objet d'une analyse descriptive.
Les réponses aux questions fermées sont analysées sous forme de graphiques. Quant aux réponses aux questions ouvertes, nous avons illustré certains résultats à l'aide de graphiques, de tableaux, ou par des écrits.

RESULTATS

I. DONNEES GENERALES

A. Description de l'échantillon

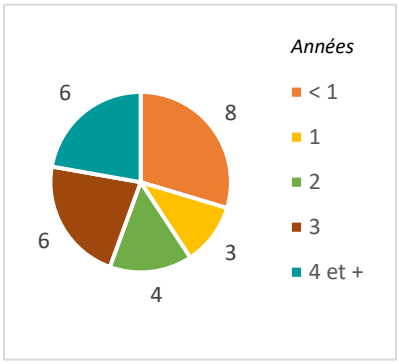

Figure 1 : Durée d'exercice en UEM (en années)
Répondants : n=27

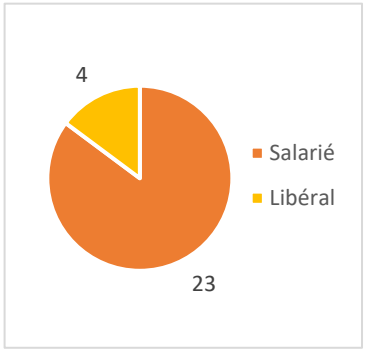

Figure 2 : Mode d'exercice en UEM
Répondants : n=27

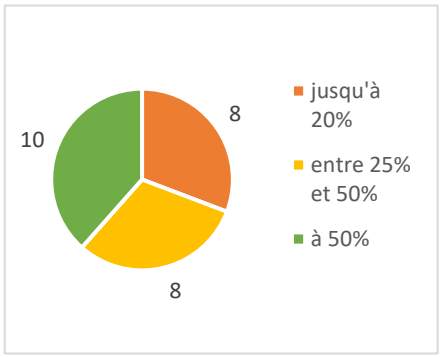

Figure 3 : Temps de présence hebdomadaire (en %)
Répondants : n=26

8/27 orthophonistes composant cet échantillon exercent en UEM depuis moins d'1 an, 7/27 depuis 1 à 2 ans, et le reste depuis plus de 3 ans (n=12) *(Figure 1).* La grande majorité de ces orthophonistes y sont salariés (n=23) *(Figure 2).* Concernant le temps de présence hebdomadaire, trois groupes se distinguent : les orthophonistes exerçant jusqu'à 20% du temps (n=8), entre 25% et 50% (n=8), et à 50% au sein de l'UEM (n=10). *(Figure 3).*

B. Fiche de poste

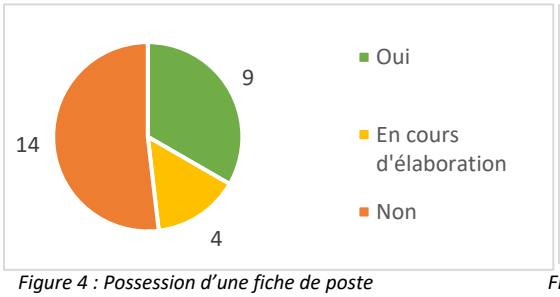

Figure 4 : Possession d'une fiche de poste
Répondants : n=27

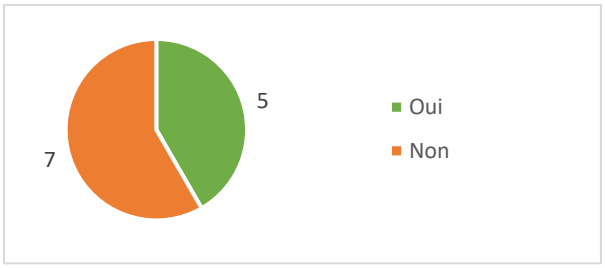

Figure 5 : Participation de l'orthophoniste à l'élaboration de la fiche de poste
Répondants : n=12 (oui + en cours d'élaboration) *figure 4*

Un peu moins de la moitié des orthophonistes (n=13) possèdent une fiche de poste établie ou en cours d'élaboration *(Figure 4).* Parmi ceux-ci, moins de 50% ont participé ou participent à son élaboration *(Figure 5).* Les autres professionnels cités intervenant dans sa réalisation sont les supérieurs hiérarchiques, le psychologue et l'équipe. Les orthophonistes sans fiche de poste déclarent que leurs missions sont définies par eux-mêmes (n=5) et/ou en concertation avec l'équipe (n=8) et/ou sous le regard des supérieurs hiérarchiques (n=4) et/ou de la supervision (n=1) et/ou selon la NGAP (n=2) et/ou en fonction des besoins des enfants (n=5).

II. BILAN ET PRISE EN SOIN ORTHOPHONIQUE

A. Bilan orthophonique

1. *Domaines évalués*

DOMAINES EVALUES	NOMBRE D'ORTHOPHONISTES	DETAILS APPORTES
Communication	27	Précurseurs à la communication (n=13) Fonctions de communication (n=4) Interactions sociales (n=1) Pragmatique (n=3) Niveau de compréhension (non-verbal/verbal) (n=2) Mise en place, utilisation CAA (n=8)
Langage	27	Articulation (n=4) Morphosyntaxe (n=3) Lexique (n=3) Phonologie (n=3) Langage écrit/prérequis (n=3)
Oralité	11	Fonctions oro-faciales (n=3)
Sensorialité	3	/
Déglutition	1	/
Raisonnement logique	1	/
Comportement	1	/

Tableau 2 : Domaines évalués
Répondants : n=27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs domaines

Deux grands domaines sont évalués par tous les orthophonistes répondants, la communication et le langage ; seulement 11/27 évaluent l'oralité, et d'autres domaines cités restent très peu explorés (*Tableau 2).*

2. *Outils de bilans*

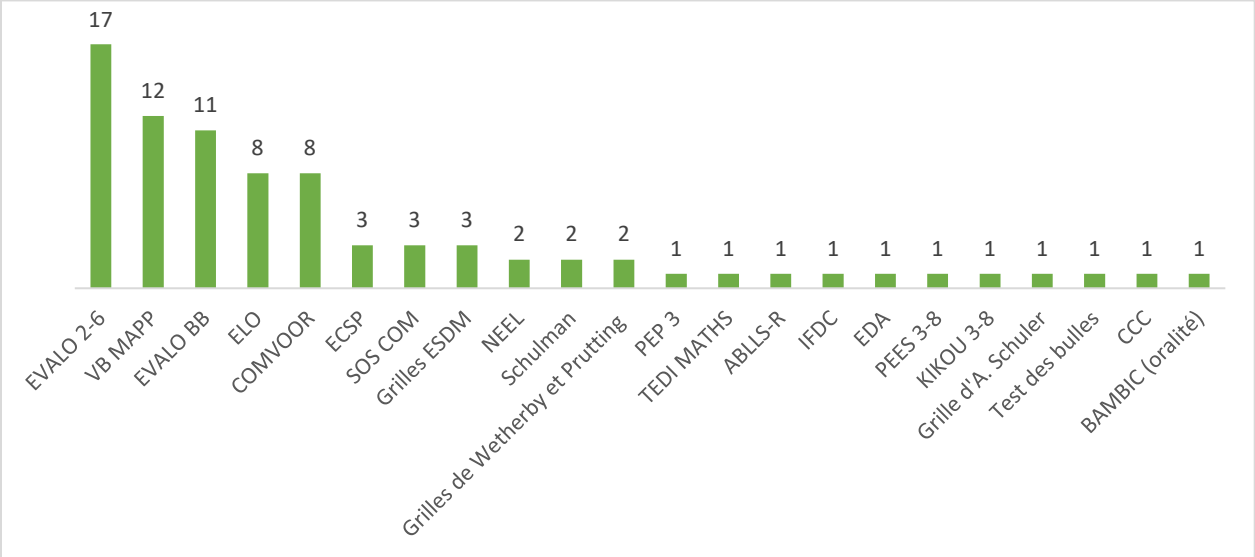

Figure 6 : Outils de bilans utilisés
Répondants : n=27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs outils

Plus de la moitié des orthophonistes (n=17) utilisent la batterie EVALO 2-6. Les quatre autres outils les plus employés sont la VB-MAPP, l'EVALO-BB, l'ELO et le COMVOOR. Un grand nombre d'outils de bilan cités restent utilisés de manière minoritaire *(Figure 6).* Des orthophonistes indiquent utiliser des outils qu'ils confectionnent eux-mêmes : grille « maison » basée sur l'ECSP, grille d'évaluation personnelle pour l'oralite alimentaire, ainsi que des grilles d'observations cliniques (oralité, sensorialité).

Compléments d'informations :

- « Pas d'outils à disposition, utilisation de l'ELO car je la possède personnellement et qu'elle reste assez rapide à faire passer à des enfants ayant une attention conjointe diminuée. » Souhait d'investir dans des batteries type EVALO BB, EVALO 2-6 et certaines échelles (n=1)
- VB-MAPP : utilisé par la psychologue et l'équipe de manière générale (n=1), « Il m'arrive de faire passer certaines épreuves et/ou de participer aux réflexions concernant les cotations mais je n'ai pas encore été formée à cet outil » (n=1), VB-MAPP rempli avec les éducateurs (n=1)
- PEP 3, BECS, COMVOOR, parties du VB MAPP sont passées par le reste de l'équipe (n=1)
- Importance de l'observation clinique mais l'expérimentation de l'évaluateur est nécessaire (n=1)

B. Prises en soin orthophonique

1. Accompagnement des enfants

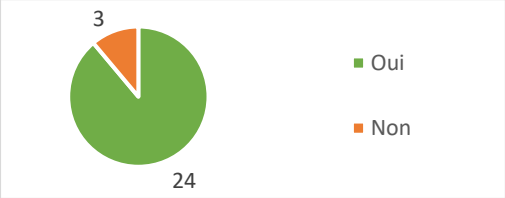

Figure 7 : Accompagnement de l'ensemble des enfants
Répondants : n=27

La grande majorité de l'échantillon accompagne tous les enfants de l'UEM (n=24) *(Figure 7).* Ceux qui ne les accompagnent pas tous évoquent diverses raisons : suivis par un autre orthophoniste au cabinet (n=1), manque de temps (n=1), ne correspond pas aux objectifs à court terme de l'enfant (n=1).

2. Fréquence de prises en soin

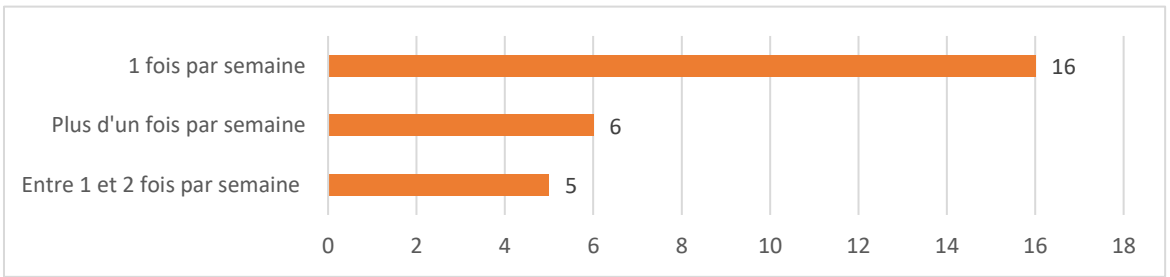

Figure 8 : Fréquence de prises en soin
Répondants : n=27

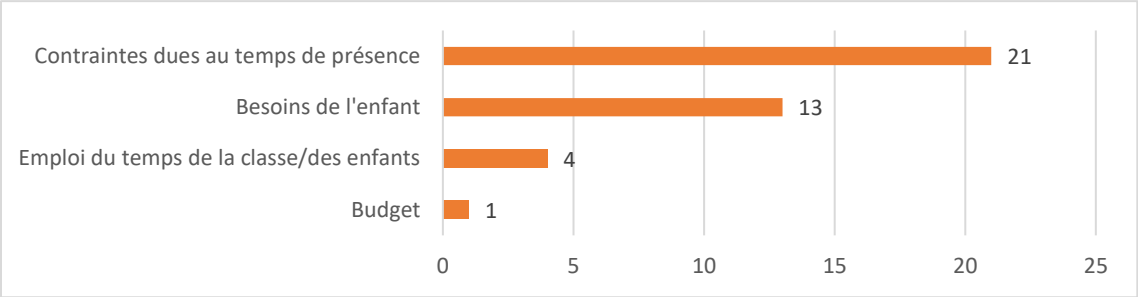

Figure 9 : Facteurs influençant la fréquence de prises en soin
Répondants : n=27 ; plusieurs réponses possibles + autre

La majorité des enfants bénéficient d'une prise en soin 1 fois par semaine (n=16), c'est aussi la fréquence minimale effectuée *(Figure 8).* La contrainte influençant le plus cette fréquence est le temps de présence des orthophonistes (n=21). Elle dépend également des besoins de l'enfant (n=13). Il a été aussi cité que l'emploi du temps de la classe/des enfants pouvait jouer un rôle ainsi que des contraintes budgétaires *(Figure 9).*

3. *Modalités d'intervention*

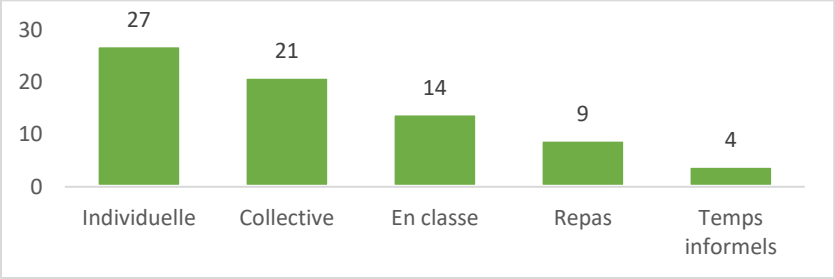

Figure 10 : Modalités d'intervention auprès des enfants
Répondants : n=27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs modalités

Tous les orthophonistes effectuent des prises en soin individuelles. De plus, une grande partie propose également des interventions collectives (n=21), un peu plus de la moitié peut intervenir en classe (n=14) , un tiers durant le repas (n=9), et certains lors de temps informels (goûter, récréation, sieste, motricité) (n=4) *(Figure 10).*

4. *Axes thérapeutiques majeurs des prises en soin individuelles*

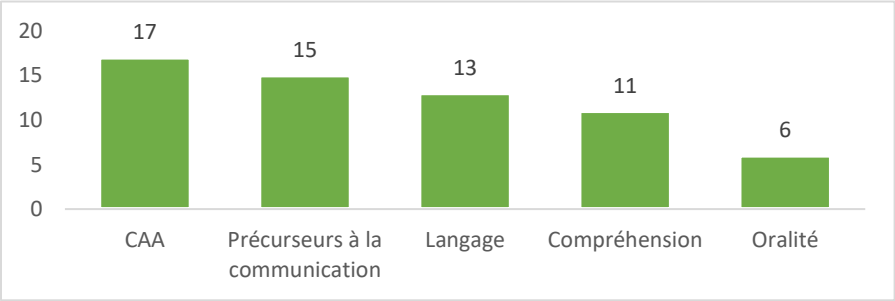

Figure 11 : Axes thérapeutiques majeurs des prises en soin individuelles
Répondants : n=27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs axes

Une grande partie des orthophonistes mettent en évidence l'importance du travail autour de la CAA, en le définissant comme un axe thérapeutique majeur (n=17). L'entraînement des précurseurs à la communication est quant à lui cité par plus de la moitié des orthophonistes (n=15). Le langage trouve également sa place (n=13) mais c'est essentiellement l'aspect réceptif qui est mis en valeur (n=11). Enfin, l'oralité est un axe majeur pour moins d'un tiers de ces orthophonistes (n=6) *(Figure 11).*

5. *Prises en soin de groupe*

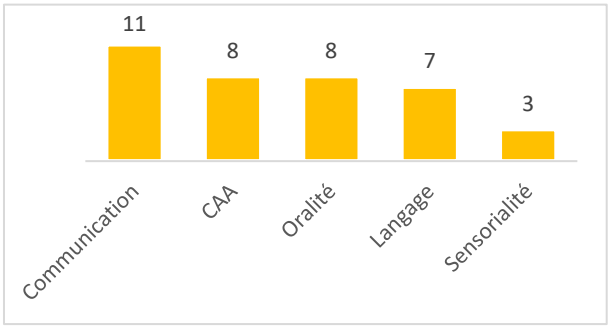

Figure 12 : Domaines explorés lors des prises en soin de groupe

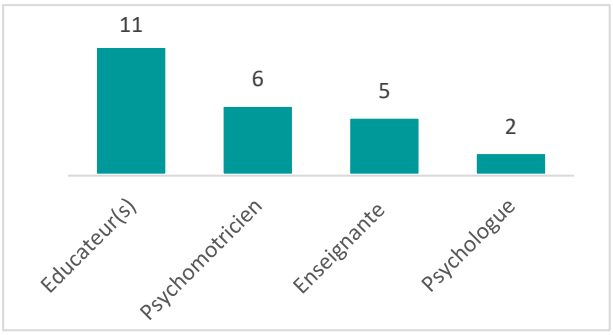

Figure 13 : Collaboration avec d'autres professionnels lors des groupes

Répondants : n=21 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs domaines et professionnels

21 orthophonistes indiquent réaliser un ou des groupes (modalité d'intervention collective). Les domaines les plus explorés lors de ces groupes sont la communication, la CAA et l'oralité *(Figure 12).* Un peu plus de la moitié des orthophonistes (n=11) réalisent des groupes avec les éducateurs, mais ils peuvent également collaborer avec le psychomotricien, l'enseignante, et moins fréquemment le psychologue *(Figure 13).*

- *Voir l'annexe 1 pour des exemples de groupe en place et leurs objectifs.*

Les orthophonistes n'effectuant pas de prises en soin de groupe exposent diverses raisons *:* manque de temps (n=4) et/ou ne répond pas aux besoins des enfants pour le moment (n=1) et/ou « domaine dans lequel je ne me sens pas à l'aise » (n=1) et/ou peu d'enfants sur la classe et niveaux trop disparates (n=1) et/ou limite du temps à une séance par semaine par enfant (n=1) et/ou « fraîchement arrivée, temps d'intégration, de mise en place des séances, donc pas de groupe cette année » (n=1).

III. ADAPTATIONS

A. Communication Alternative et Augmentée (CAA)

Tous les orthophonistes indiquent utiliser la CAA au sein de leur UEM.

1. *Moyens utilisés*

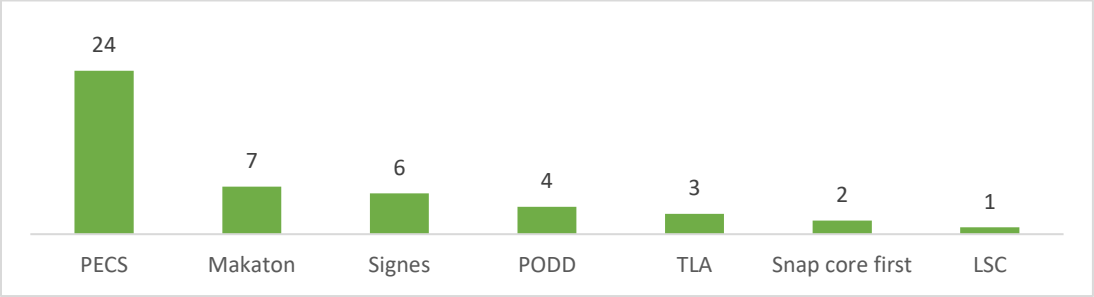

Figure 14 : Moyens de CAA utilisés
Répondants : n=27 ; *LSC =langage saccade conceptuel* ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs moyens de CAA

La majorité atteste de la présence de plusieurs moyens de CAA au sein de leur UEM. Le PECS est utilisé par presque tous (n=24). Concernant le Makaton (n=7), des répondants précisent utiliser uniquement les signes (n=3) *(Figure 14).*

Compléments d'informations *(Tableau 3)* :

PODD	· « Aujourd'hui je l'utiliserais mais je n'étais pas formée à l'époque » *(n'y travaille plus)* (n=1) ; · Essai mise en place PODD mais freins dans l'équipe et pas encore le matériel adéquat à disposition (n=1) · Formée mais pas le logiciel à disposition (n=1)
PECS	· « La structure est formée c'est donc le plus "facile" bien que je ne sois pas toujours convaincue que ce soit le meilleur pour tous les enfants » (n=1)
NUMERIQUE	· Snap score first *(graphique)* (n=2) · PECS sur tablette (n=1) ; réflexion autour mise en place CAA sur tablette (avoir beaucoup plus de pictogrammes + ne pas les perdre) (n=1) · Essai application numérique du PECS (n=1)

Tableau 3 : Compléments d'informations concernant les outils de CAA

2. *Décision des moyens de CAA adaptés*

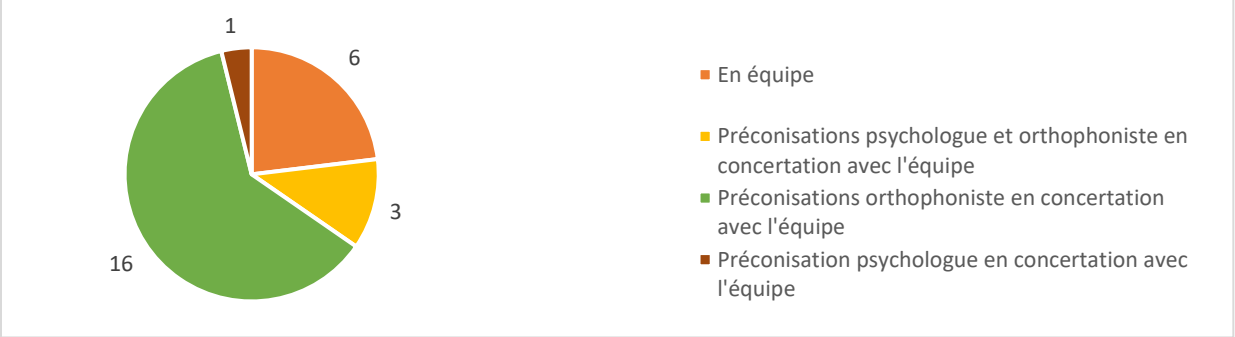

Figure 15 : Décision des moyens de CAA adaptés
Répondants : n=26

La plupart du temps la décision des moyens de CAA adaptés à chaque enfant se fait grâce à des préconisations de l'orthophoniste en concertation avec l'équipe (n=16). Le psychologue peut aussi guider la décision (n=1) accompagnée de l'orthophoniste (n=3) *(Figure 15).* Dans certaines réponses, le lien avec la famille dans cette prise de décision est précisé (n=7) mais aussi le regard de la supervision (n=2).

3. Mise en place des moyens de CAA choisis

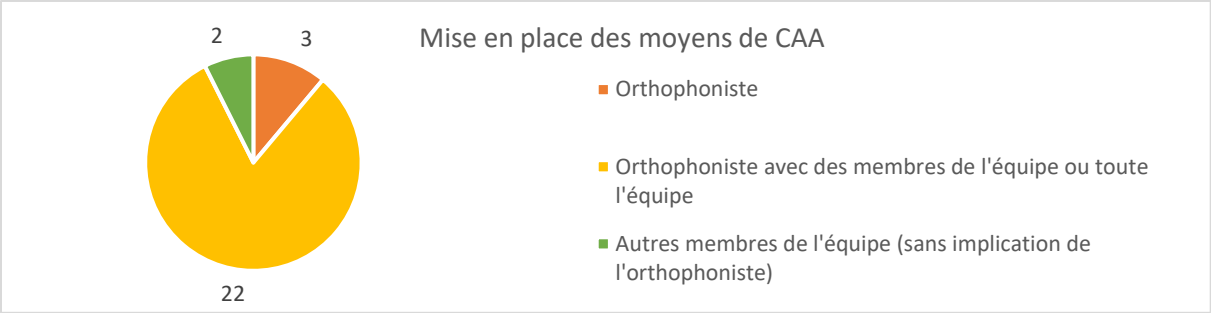

Figure 16 : Mise en place des moyens de CAA choisis
Répondants : n=27

La plupart du temps, la mise en place des moyens de CAA est réalisée par l'orthophoniste accompagnée de certains membres de l'équipe ou de son ensemble (n=22). Seulement 3 orthophonistes indiquent agir seuls dans cette mise en place et 2 ne pas y participer *(Figure 16).*

Complément d'information : Tout le monde pour le PECS, l'orthophoniste pour PODD ou tablette (n=1).

4. Formation des professionnels de l'équipe aux outils de CAA utilisés

Plus de la moitié des orthophonistes (n=17) indiquent que les professionnels de l'équipe sont formés aux outils de CAA utilisés, 8/27 que seulement certains le sont, et une minorité qu'ils ne sont pas formés (n=2) Le plus souvent, c'est au PECS qu'ils sont formés.

B. Rôle dans l'aménagement de l'environnement

La quasi-totalité des orthophonistes (n=24) participent à l'aménagement de l'environnement bien que certains précisent avoir un rôle minime (n=3). Une minorité n'y prend pas part (n= 3).
La participation peut se faire avec l'équipe, par un rôle d'avis et de conseils mais aussi par la passation du COMVOOR afin de préconiser des supports adaptés au niveau de chaque enfant.

- *Voir l'annexe 2 pour des précisions sur les différents rôles que l'orthophoniste peut avoir dans l'aménagement de l'environnement.*

4 orthophonistes font part du manque de temps pour pouvoir intervenir dans l'aménagement de l'environnement (n=4).

C. Approches comportementales

La quasi-totalité des orthophonistes (n=25) indiquent exercer dans une UEM au sein de laquelle les interventions sont fondées sur des approches *éducatives comportementales* (ABA, TEACCH, etc.).

1. *Approches comportementales en place au sein de l'UEM*

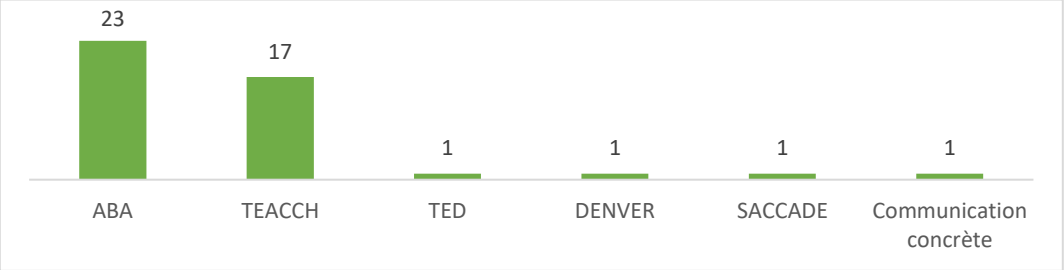

Figure 17 : Approches éducatives présentes au sein de l'UEM
Répondants : n=26, question ouverte, 1 orthophoniste peut en citer plusieurs

L'approche comportementale ABA est employée dans la plupart des UEM (n=23), TEACCH dans presque deux tiers de celles-ci. D'autres approches sont présentes de manière minoritaire *(Figure 17).* 17 orthophonistes font l'état de plusieurs approches au sein de leur UEM. L'association ABA et TEACCH est toujours retrouvée lors de la combinaison de plusieurs approches, et d'autres peuvent parfois s'ajouter à cette association.

2. *Incidence de l'approche comportementale sur le rôle de l'orthophoniste (Tableau 4)*

INCIDENCE FORMELLE	· Aide à la structuration des interventions orthophoniques (n=5) sans les contraindre et sans empêcher la souplesse clinique, afin de permettre aux enfants de progresser davantage (n=1) · Aide pour définir des objectifs précis, et les réévaluer régulièrement (n=4) · Incitation à être beaucoup dans la quantification, dans l'évaluation (n=1) · Incitation à la rigueur de travail (n=3), avec l'utilisation de ligne de base (n=1) · Aide à la construction de protocoles (n=1) · Apport d'une homogénéité & cohérence entre les ≠ cadres d'intervention (n=1)
INCIDENCE SUR LA PRATIQUE	· Modification de l'exercice, utilisation de stratégies différentes au quotidien (n=1) · Prise en compte dans la façon de travailler avec les enfants : pairing (n=2), utilisation des renforçateurs (n=2), travail sous contrat avec récompense (n=1), travail à table (n=1) · Adaptation aux outils mis en place par l'équipe (économie de jetons) (n=1) · Incidence dans l'approche de la communication, dans l'utilisation de certaines méthodes comme le PECS (n=1)
INCIDENCE SUR LA GESTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT	· Incidence dans analyse et aide à la gestion des troubles du comportement (n=7) · Aide pour axer la prise en charge afin de donner davantage de moyens à l'enfant et faire diminuer l'apparition de ces comportements défis (n=2)
INCIDENCE SUR LE RESSENTI DE L'ORTHOPHONISTE	· Aspect trop comportemental pose souci (trop de grilles, de conditionnement, de 80% de réussite dans 3 lieux ≠ avec 2 interlocuteurs ≠) → perte du sens (n=1) · Questionnements concernant certains aspects : manière de penser le repas avec les méthodes comportementales pas toujours en lien avec la prise en compte de l'aspect sensoriel, manière de penser en objectifs chaque élément et la difficulté de le faire de façon si structurée pour la communication et le langage, questionnement sur l'apprentissage « non naturel » du langage (ITT) (n=1) · Sensation d'obligation de se glisser dans le moule de l'ABA, perte de liberté (n=1) · Manque de formation, difficulté à se positionner parfois (n=1) · Formée avant le poste en UEM, pratique orientée ainsi, rôle d'orthophoniste construit sur cette base. Formation de l'équipe invite à être très spécifique dans les propositions sinon présence sans intérêt VS en libéral où « on est parfois amené à toucher à « tout » et à faire un travail plus global » (n=1)

Tableau 4 : Incidence de l'approche comportementale sur le rôle de l'orthophoniste
Répondants : n=24 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs points

IV. EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

A. Participation aux réunions d'équipe

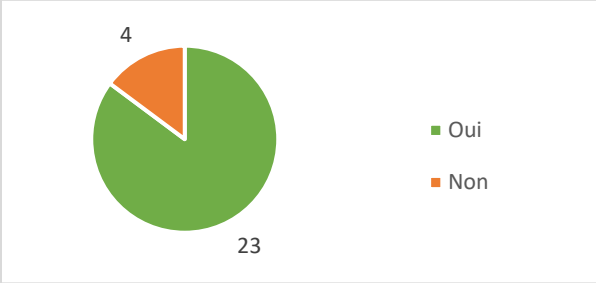

Figure 18 : Participation aux réunions d'équipe
Répondants : n=27

La grande majorité des orthophonistes participent aux réunions d'équipe (n=23) *(Figure 18).* Ceux qui n'y participent pas (n=4) évoquent un manque de temps (n=3), une absence ces jours-là (n=1).

B. Intervention dans la mise en place des objectifs de l'enfant en lien avec les autres professionnels

PARTICIPATION A LA REFLEXION EN EQUIPE	· Participation à la réflexion collective lors des réunions notamment (n=13) ⇨ Possibilité de donner son avis sur le suivi (n=1), sur la pertinence de l'objectif proposé (n=1) · Proposition d'objectifs orthophoniques tirés des bilans effectués (n=7) liés à la communication (n=7), au langage (n=3), à l'alimentation (n=2), et la scolarité (n=1) · Objectifs discutés et validés en équipe (n=3) · Coordination des objectifs touchant particulièrement à ses domaines de compétences (n=1). · Participation au PEI (n=1), PAP (n=1) ≠ Intervention de manière informelle (n=2)
TRAVAIL DE PARTENARIAT	· Réalisation de séances en binôme (n=1) · Visite à domicile avec l'éducateur (n=1) · Mise au point d'une "grille" qui permettra de viser des objectifs précis (basée sur l'ECSP) pour que les enfants généralisent les acquis (n=1)
SPECIFICITE PROFESSIONNELLE	· Apport de données développementales et techniques en rapport avec les éléments sur l'enfant transmises par les membres de l'équipe (n=1) · Avis orthophonique, connaissance de l'enfant (n=2) · Mise en œuvre en séance individuelle des moyens définis en équipe (n=2)
COMPLEMENTS D'INFORMATIONS	· Manque de temps pour faire les choses ensemble : réalisation du bilan sans pouvoir le partager aux autres, PPI rédigé rapidement sans réelle possibilité de réflexion concernant chaque objectif (n=1) · Concertations en équipe trop peu nombreuses (n=1) · Difficultés de mise en lien avec les objectifs pédagogiques par manque d'informations (n=1)

Tableau 5 : Intervention dans la mise en place des objectifs de l'enfant en lien avec les autres professionnels
Répondants : n= 27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs points

De nombreux orthophonistes interviennent dans cette mise en place en prenant part à la réflexion collective (n=13) notamment lors des réunions, et une minorité de manière informelle. Ils peuvent également intervenir dans la mise en place des objectifs de l'enfant avec les autres professionnels grâce à leur spécificité et par un travail de partenariat avec des membres de l'équipe. Certaines limites sont aussi relevées : manque de temps, d'informations, peu de concertation d'équipe *(Tableau 5).*

V. SUPERVISION

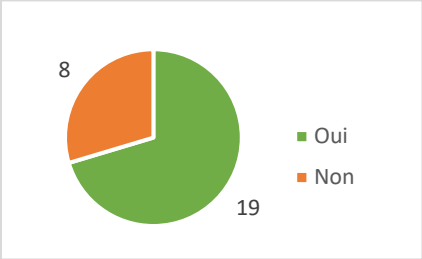

Figure 19 : Présence d'une supervision
Répondants : n=27

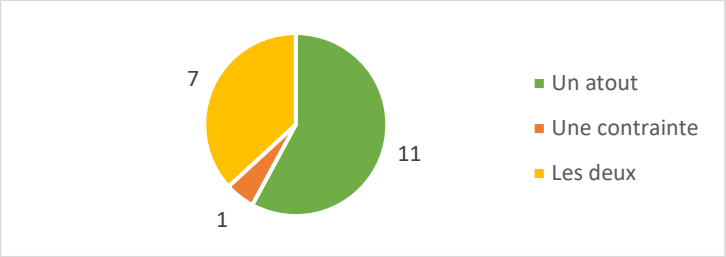

Figure 20 : Qualification de la supervision
Répondants : n=19 (oui) *figure 19*

Une supervision des pratiques est en place pour 19 orthophonistes interrogés *(Figure 19).* Plus de la moitié des orthophonistes en bénéficiant la considèrent comme un atout (n=11), un peu plus d'un tiers comme un atout et une contrainte à la fois (n=7), et 1 orthophoniste la qualifie de contrainte *(Figure 20).* Le tableau 6 reprend les arguments de ces orthophonistes justifiant ainsi leur choix.

ATOUT	CONTRAINTE
· Prendre du recul (n=5) · Se remettre en question dans sa pratique (n=2) · Se réajuster (n=1) · Avis d'un tiers (n=1) · Feedback (n=1) · Validation de son travail (n=1) · Regard enrichissant (n=4) · Véritable expertise (n=1) · Conseils précieux (n=1) · Objectifs et deadlines (n=1) · Nouvelles pistes de travail (n=1) · Ouvrir temps d'échanges avec l'équipe (n=3), points précis qui ne pourraient pas forcément être abordés en réunion sans intermédiaire (n=1) · Débloquer des situations (n=1) · Rebooster l'équipe face à une situation difficile (n=1)	· Théorie pas toujours applicable/réalité (n=3) ⇨ Sensation d'être coincé entre des objectifs de travail à réaliser et la réalité (n=1) · Ne répond pas toujours aux attentes (n=1) · Supervision par un professionnel non-orthophoniste peu adapté (n=1) · Supervision par un psychologue pas assez ciblé sur chaque pratique (n=1) · Chronophage (n=2) · Manque de temps altère efficacité supervision (n=1) · Suscite doute et culpabilité sur sa pratique (n=1) · Craintes du jugement peuvent impacter les façons de faire et d'être (n=1), préjugés sur ABA · Acceptation difficile d'une intervention en direct (n=1) · Supervision en absence de l'orthophoniste avec des questionnements sur des aspects la concernant auprès de l'équipe → difficile de trouver sa place, de se trouver légitime si remise en cause d'objectif/avis/pratiques sans en avoir fait part à la personne concernée (n=1) · Temps de supervision trop rares (n=2)

Tableau 6 : Arguments qualifiant la supervision d'atout ou de contrainte
Répondants : n= 19 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs arguments ; *réponse « les deux » comprise dedans*

VI. FORMATION

Seulement 6/27 orthophonistes ont assisté à la formation initiale à l'ouverture de l'UEM.

Le tableau 7 reprend les formations effectuées par les orthophonistes et celles envisagées.

	FORMATIONS
FORMATIONS EFFECTUEES	Séminaire sur le TSA (n=1) DU autisme (n=1) La boîte à outil de l'autisme (n=2) Autisme et apprentissages (n=1) Videomodeling dans le jeu (n=1) (n=1) La boîte à outils TSA de l'orthophoniste (n=1)
Aucune pour l'instant (n=3)	Prise en charge du tout petit (n=1) Suivi des enfants sans langage (n=1) Prise en charge de l'enfant autiste (n=1) Bilan orthophonique pour enfants avec TSA (n=2) Jeu en séance pour les enfants avec TSA (n=1) CAA en général (n=2) (n=6) développement de la CAA notamment PECS (n=14) (n=2) PODD (n=2) (n=3) MAKATON (n=3) (n=5) Outils numériques (n=1) (n=1), pour dans CAA passage sur une appli numérique Approche communication concrète (n=1) Groupes d'entraînement aux habiletés sociales (n=1) DNP (n=1) PROMPT (n=2) (n=5) PREL (n=1)
FORMATIONS ENVISAGEES	Snoezelen (n=1) Watch 'n Learn (n=2) Takltools (n=1) (n=2) Sens'As (n=1) : adaptations pour favoriser accès lecture chez les enfants avec TSA Stratégies éducatives dans l'autisme (n=1)
Pas de réponse (n=3)	ABA (n=8) (n=1) ABA-VB (n=4) (n=2) TEACCH (n=3) DENVER/ESDM (n=2) (n=2) TED (n=1) VB MAPP (n=1) (n=3) SACCADE (n=1) (n=1) PACT (n=1) (n=2) Oralité (alimentaire) et TSA (n=5), (n=9), l'approche comportementale dans les troubles de l'oralité (n=1) Sensorialité dans le TSA (n=3) (n=1) ITCA : gestion des comportements agressifs (n=1) Liens d'attachement dans le cadre du handicap (n=1) Approche systémique (n=1) Guidance/Accompagnement parental (n=1) (n=2) Ecrits professionnels, rédaction de projets (n=1)

Tableau 7 : Formations effectuées et envisagées par les orthophonistes

Répondants : n= 27 (formations effectuées), n=19 (envisagées) ; questions ouvertes, 1 orthophoniste peut citer plusieurs formations

VII. GENERALISATION DES ACQUIS ET ADAPTATIONS AU SEIN DES FAMILLES

La généralisation des apprentissages et adaptations au sein des familles évoquée par presque tous les orthophonistes (n=25) peut se faire par des rencontres, des visites à domicile, lors d'un accompagnement à l'occasion de guidances et de transmissions. Elle s'effectue de manière variable dans les différentes familles (n=2). Elle peut être influencée par le lien entre l'orthophoniste et l'équipe et la famille (n=1). Des orthophonistes mettent en lumière diverses difficultés notamment liées au fait que les parents se saisissent peu du travail effectué (n=1), à une faible utilisation des outils à la maison (n=1), ou à un contexte complexe : « nous sommes en Guyane et les différences culturelles ainsi que le multilinguisme peuvent être des freins à la mise en place d'objectifs de généralisation au sein de certains familles » (n=1). 5 orthophonistes soulignent le manque de temps pour être auprès des familles et le suivi difficile de la généralisation (n=2).

VIII. LIEN AVEC LES FAMILLES

A. Rencontres orthophoniste/parents

Le tableau 8 indique différentes fréquences et circonstances de ces rencontres ainsi que des compléments d'informations à ce sujet.

FREQUENCE	CIRCONSTANCES	COMPLEMENTS D'INFORMATIONS
« Trop » rarement (n=2) Ponctuellement (n=1) Peu (n=1) Très peu (n=2) Quasiment jamais (n=2) 0 à 2 rencontres par an (n= 5) Au moins 2 fois par an (n=1) 3 fois par an (n=1) Plusieurs fois par an (n=2) Pendant les vacances (n=2)	Arrivée à l'UEM (1ère rencontre, anamnèse (n=3) Restitution de bilan (n=6) **Réunions + générales** ESS (n=2) Réunions de rentrée (n=3) Réunion de projet (n=1) Portes ouvertes (n=1) Journée de formation aux parents 1X/an (n=1) **Echanges informels** matin et/ou soir parfois (n=7) si pas de taxi (n=2) Rencontres si besoin/demande (n=8) (pas toujours physiques) Mail/téléphone (n=3) **Rencontres plus formelles** (domicile, entretien, guidances) (n=13) · Rencontres à domicile (n= 5) · Lors de guidances ou entretien (n=8)	Manque de temps (n=3) Pas de lieu dédié puisque pas de bureau personnel (n=1) Visite à domiciles non appréciées par l'équipe, « les thérapeutes n'ont pas suffisamment leurs places auprès des familles » (n=1)

Tableau 8 : Rencontres orthophoniste/parents
Répondants : n= 27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs points

B. Guidance parentale

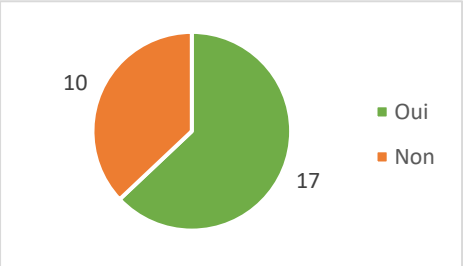

Figure 21 : Guidance parentale en place
Répondants : n=27

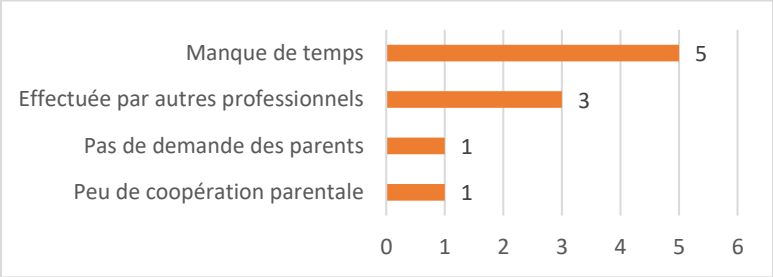

Figure 22 : Raisons de l'absence de guidance parentale
Répondants : n=10 (non) *figure 21 ; question ouverte*

Seulement 17 orthophonistes effectuent des actions de guidance parentale *(Figure 21).* Les 10 orthophonistes n'en effectuant pas exposent différentes raisons : manque de temps, guidance effectuée par d'autres professionnels, pas de demande/de coopération parentale *(Figure 22).*

Selon les réponses apportées et leur précision, le domaine le plus abordé lors des guidances parentales est celui des moyens de CAA (n=8) notamment leur fonction, mise en place et utilisation.
2 orthophonistes mentionnent effectuer des guidances en oralité notamment via des conseils concernant les repas et les massages intrabuccaux de désensibilisation.
Les orthophonistes peuvent également :

- Donner divers conseils (n=3), activités à proposer (n=1), adaptations à mettre en place (n=1)
- Echanger avec les parents sur leurs interrogations, leurs attentes, besoins (n=2)
- Transmettre des informations, des protocoles d'usage de matériel avec des explications (n=1)
- Proposer des explications concernant le développement (n=1)
- Faire participer les parents aux séances (n=1)
- Montrer aux parents le travail réalisé avec l'enfant, voire de les « former » (n=1)
- Proposer des ateliers autour de thématiques définies (n=1)

Certains orthophonistes précisent effectuer des guidances lors d'intervention à domicile (n=5), d'entretiens (n=2), au téléphone (n=1). La guidance à domicile peut se faire en présence de l'éducatrice référente afin de faire le lien et pouvoir revenir lors des guidances suivantes sur les conseils et remarques de l'orthophoniste (n=1).

IX. INCLUSION SCOLAIRE

A. Accompagnements d'enfants en inclusion

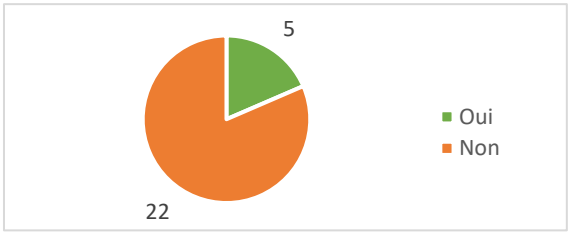

Figure 23 : Accompagnements d'enfants en inclusion
Répondants : n=27, n=1 : pas encore d'inclusion (dans les non)

Seulement une minorité d'orthophonistes (n=5) accompagnent des enfants en temps d'inclusion scolaire *(Figure 23).* L'accompagnement est réalisé pour différentes raisons, dans divers contextes :

- En classe, observation, recommandations (aménagements, supports visuels) (n=1)
- En CP, accompagner mise en place du langage écrit (n=1)
- Temps langage/lecture, proposition d'adaptations si nécessaire (n=1)
- Présence si contenu langagier (n=1)
- Observation interactions de l'enfant avec pairs, dans d'autres environnements (n=1)

B. Implication dans le processus d'inclusion scolaire des enfants avec autisme

2 orthophonistes expriment ne pas être impliqués du tout dans le processus d'inclusion scolaire de ces enfants, et 2 autres ne pas avoir assez de recul pour répondre à cette question.
Les réponses des orthophonistes impliqués dans ce processus peuvent être découpées en trois catégories principales : implication par le travail effectué auprès des enfants ; par le partenariat, le rôle d'information auprès de l'équipe, de l'enseignant ; et par la participation à différents temps où les enfants sont en contact avec les enfants de l'école.

- *Voir l'annexe 3 pour des précisions concernant leur implication.*

<u>Compléments d'informations de 2 orthophonistes concernant l'inclusion :</u>

- « Observer la réalité de l'inclusion scolaire me permet de prendre en compte l'enfant dans sa globalité, et de "sortir du bureau de l'ortho". Les problèmes qu'il peut rencontrer en classe de l'UEM ou en classe ordinaire lors de ces temps d'inclusion peuvent me faire réfléchir aux outils que je peux envisager pour l'aider » (n=1)
- « Il est important d'avoir un regard sur ces inclusions, pour situer le niveau de l'enfant et pour envisager des adaptations (ex : consignes visuelles, généralisation de l'outil de communication, mise en place des gestes Borel-Maisonny). » (n=1)

X. RESSENTI

A. Avantages du poste d'orthophoniste en UEM

Le tableau 9 reprend les avantages cités par les orthophonistes concernant ce poste en UEM.

TRAVAIL EN EQUIPE INTERDISCIPLINARITE	· **Regard commun**, orienté dans la même direction pour l'enfant (n=1) · **Echanges** et stimulation intellectuelle du questionnement à plusieurs (n=1) · **Co-construction** des objectifs de langage (n=1) · **Transmission** de conseils (éducatrices : gestion troubles du comportement) (n=1), d'astuces au reste de l'équipe pour pouvoir faire pareil (n=1) · **Ressources** de chacun en fonction de sa profession (n=1) · **Partage** d'observations et d'expériences (n=1) · Ne pas être seul face à des situations souvent difficiles (n=1)

(n = 24)	· Partage des difficultés de chacun (n=1) · Rester exigeant et pointu sur certains points là où on entre plus dans une routine ou parfois une certaine facilité lorsqu'on travaille seul (n=1) · Possibilité d'être accompagné d'une éducatrice pendant certaines séances (n=1) · Possibilité d'intervenir auprès de tous les intervenants de l'enfant (n=1) · Travail au sein d'une école → échanges facilités avec les enseignants, plus grande proximité (n=1) <u>Qualification de l'équipe :</u> · Equipe soudée et réellement compétente (n=1), connaissance du rôle d'orthophoniste (n=1) · Petite équipe → communication facile, rapide (n=1) · Beaucoup de temps pour le travail d'équipe (n=1)
VISION PLUS GLOBALE DE L'ENFANT	· **Vision de l'évolution de l'enfant en dehors des séances** (cadre très restreint, pas toujours écologique) (n=2), **sur tous les temps du quotidien à l'école** (n=3) : comportements & émergences (n=1) · Jeux (n=1), en récréation (seul, avec les autres) (n=1) ; interaction avec enfants neurotypiques (n=1) ; façon d'interpeler les adultes (n=1) ; tenue en classe (n=1) ; comportement en groupe (n=1) ; travail de leurs compétences scolaires (n=1) ; repas (n=1) ; motricité (n=1) ⇨ **Travail plus efficient et plus proche de ses besoins** (n=2) ⇨ Impression de l'aider de manière plus continue (n=1) · Prise en compte de la **réalité de l'école** (n=1), travail en **situation écologique** (n=1), dans le **milieu naturel de l'enfant** (n=2) · **Interactions plus variées et naturelles** qu'en cabinet libéral (n=1) · **Connaissance globale** de la problématique et du fonctionnement des patients (n=1)
POSSIBILITES DE GENERALISATION	· Généralisation en **situations variées** et **écologiques** (n=1) · Généralisation de ce qui est fait en orthophonie **à d'autres temps** (n=1) ; **diffusion des objectifs orthophoniques à toute l'équipe** → travail de la communication tout au long de la journée même quand absence de l'orthophoniste (n=1) ; **reprise au quotidien** par les professionnels de ce qui est proposé (n=1) · Difficultés de généralisation peuvent être vraiment mises en lumière en étant présent au sein de l'UEM → aide à la hiérarchisation des objectifs de chaque enfant (n=1)
EXPERIENCE PROFESSIONNELLE INTERESSANTE	· Expérience **riche** (n=1) · Grandes connaissances à acquérir (n=1) · **Apprentissages constants**, **adaptation** à chaque enfant, se renouveler régulièrement (n=1) · **Questionnements** (n=1), repenser sa place et ses perceptions du monde pour essayer de comprendre comment leur monde fonctionne (n=1) · Travailler dans un **service "de pointe"** (n=1) · **Se former** (n=1) · Beaucoup de formations (n=1) · **Supervision** (n=1) ·
AUTRES AVANTAGES	<u>Prise en charge :</u> · **Intensive**, axes de travail repris toute la semaine (n=2) ⇨ Evolution rapide des enfants, prise en charge cohérente (n=1) ⇨ Gratification de voir des progrès rapidement (n=1) · **Précoce** (n=2) · **Dynamique** (n=2)

	· Liberté de champ d'action avec la **diversité d'interventions** - Possibilité d'intervention en classe (n=2) - Travail en groupe (n=1) · Temps consacré à chaque enfant (n=1), grand temps de présence auprès des enfants (n=1) · Peu d'enfants donc accompagnement approfondi possible (en termes de réflexion et préparation) (n=1) · Lien avec les familles (n=2)

Tableau 9 : Avantages du poste d'orthophoniste en UEM
Répondants : n= 27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs avantages

B. Limites du poste d'orthophoniste en UEM

Le tableau 10 reprend les limites citées par les orthophonistes concernant ce poste en UEM.

TEMPS DE PRESENCE INSUFFISANT (n = 17)	Dans les détails apportés par certaines réponses, le manque de temps pour répondre correctement au projet de l'enfant est mis en lumière et concerne : · **Préparation des séances** (n=5) · **Rédaction** notamment des bilans (n=4) · **Guidance parentale**/ contact/rencontre avec les familles (n=4) · Avancée dans les outils de CAA (n=2) · Coordination/**concertation d'équipe** (n=2) · Réalisation de **séances individuelles** en nombre suffisant (n=2) · Essais de prises en charge de **groupe** (n=1) · **Repas** : « Je ne suis pas non plus présente aux repas alors que de nombreux enfants présentent des difficultés concernant l'oralité alimentaire. » (n=1) ⇨ Frustrations (n=2), stress (n=1) ⇨ « Le statut libéral qui m'empêche d'être présente sur les temps forts tels que les sorties/spectacles qui sont des situations de communication vraiment riches. » ⇨ « Ce n'est pas très confortable d'être présente aussi peu et de façon aussi ponctuelle sur la semaine alors que les autres professionnels de l'équipe se voient tous les jours, d'avoir un rôle de "coach de la com" tout en connaissant moins bien les enfants, leurs centres d'intérêt , etc. de cibler quasiment un seul domaine d'intervention (CAA) alors que tant mériteraient d'être abordés. » (n=1) ⇨ « Réelle limite par rapport à ce que je souhaiterais mettre en place » (n=1)
PARTENARIAT DIFFICILE AVEC LES FAMILLES (n = 11)	· **Absence de contacts réguliers** (n=3) · **Difficultés à échanger** avec les familles (n=3) · Trop **peu de guidance** parentale (n=1) · **Difficulté de collaboration** avec elles, « alors que c'est essentiel » (n=1) · **Adhésion insuffisante** de la famille au projet (n=1) · « Tant que les parents ne seront pas plus impliqués dans la prise en charge il sera difficile de faire du bon travail » (n=1)
PLACE DIFFICILE A TROUVER (n = 5)	· « Trouver sa place quand on intervient sur des **domaines similaires mais chacun avec notre expertise** c'est aussi intéressant que déstabilisant » (n=1) · Difficulté de mener ce poste de manière autonome en **l'absence de missions clairement définies → dérives** : « surveillance importante de la cour de récréation, des temps calmes, gestion des passages aux toilettes, etc., **au détriment de temps d'élaboration ou d'accompagnement des familles** par exemple. Devenir surveillante de récréation (sans aucun objectif) ou de sieste quand on est paramédical **nuit à notre travail et à notre fonction** ». (n=1) · « Difficile de trouver sa place dans l'équipe **quand on est peu présente** » (n=1) · Impression de ne pas être assez présente, efficace etc. (n=1)

CONDITIONS MATERIELLES PROFESSIONNELLES CONTRAINTE DES LOCAUX (n = 4) MANQUE DE MATERIEL (n=2)	· **Pas de bureau personnel/spécifique** (n=3) - « Je partage un atelier collectif à l'école, j'ai un petit coin de travail mais je ne peux pas adapter visuellement l'espace et je n'y ai pas accès tout le temps donc je ne peux pas faire des réunions quand je veux avec les familles » (n=1) - « Je reçois les enfants dans une salle immense remplie de jouets, pas d'endroit adapté pour rencontrer les familles (aucune confidentialité) » (n=1) - « Pas de bureau spécifique pour les séances, qui se font parfois dans le bruit ambiant de la classe et n'aide pas au pairing avec les enfants les plus en difficultés » (n=1) · « Toute petite pièce pour les séances, accolée à la récréation des primaires donc bruit très gênant pour les enfants » (n=1) · Pas d'ordinateur personnel ni internet partout (n=1) · **Manque de matériel** et de bilans (n=1) · **Peu de formations** (n=1) · **Salaire bas** (n=2)
AUTRES LIMITES	· Contraintes du **rythme scolaire** (n=1) · Rythme de l'école pas toujours adapté aux enfants accueillis (n=1) · **Manque de connaissances sur les rôles de chacun** (n=1) · **Manque de formations des professionnels de l'éducation nationale** (n=2), relai et mise en place plus longs et plus fastidieux (n=1) · Pas de retour sur sa pratique ou ce qui se fait dans les autres UEM (n=1) · « J'ai démissionné au bout de 3 ans et demi car j'avais l'impression de perdre un peu mon âme d'ortho et mon individualité. - Impression que tous les rôles sont interchangeables - Rôle trop important des éducateurs - Place difficile de l'enseignant - Impression d'objectifs inatteignables » (n=1)

Tableau 10 : Limites du poste d'orthophoniste en UEM
Répondants : n= 27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs limites

C. Attentes concernant le poste d'orthophoniste en UEM

Le tableau 11 reprend les attentes des orthophonistes concernant leur poste en UEM.
n=1 : pas de réponse ; n=1 : pas d'attente particulière

TEMPS DE TRAVAIL PLUS IMPORTANT (n = 8)	· « Je pourrais me sentir dans un **meilleur cadre de travail** et **avoir plus de légitimité** dans mon exercice » (n=1) · **Intervenir davantage lors des repas**, « toutefois à ce jour c'est surtout psy/éduc qui décident et la théorie que je peux soumettre n'est pas réellement entendue » (n=1) · Plus de **temps de préparation** pour pouvoir travailler des objectifs plus précis et les réévaluer plus souvent, ainsi que pour penser le déroulement des séances plus en amont (n=1)
PLACE PLUS IMPORTANTE, MIEUX DEFINIE	· Définition des **fiches de poste pour chaque professionnel** (n=1) · Avoir une fiche de poste (n=1) · **Poste mieux défini**, sans enlever les diverses possibilités d'intervention (n=1) · « Place de chacun soit redéfinie car nous perdons petit à petit de nos spécificités au profit de la polyvalence » (n=1) · « **Renforcer** mon **inclusion** au sein de l'équipe malgré un temps de présence restreint, ça a été un travail important sur les 4 dernières années, la dynamique est de plus en plus intéressante j'espère poursuivre ainsi. » (n=1)

(n = 8)	· « Être moins considéré comme une "technicienne" du langage » (n=1) · **Vraie reconnaissance et légitimité face au reste de l'équipe** présente à plein temps (n=1) · Avoir une **plus grande place dans les projets des enfants** (actuellement la partie communication est rédigée par la psychologue...) (n=1)
EN TANT QUE PROFESSIONNEL DE LA COMMUNICATION (n = 5)	· **Superviser l'équipe concernant la communication** (n=2), notamment la mise en place de la CAA (n=1) · « **Ouvrir la réflexion sur les outils de CAA** : proposer PODD (même si l'enfant parle, etc.) par exemple et ne pas avoir la sensation que c'est seulement "pecs" et rien d'autre... » (n=1) · **Faire partie des décisions** concernant la communication et le langage des enfants accueillis, tant dans les projets individuels qu'au quotidien (clipboards, utilisation des moyens de CAA) (n=1) · Pouvoir **mettre en place des outils de communication efficaces** (n=1)
CONDITIONS MATERIELLES PROFESSIONNELLES (n = 8)	· **Plus de formations** (n=3), notamment en CAA (n=1), spécifique à l'autisme (n=1) · Meilleur **locaux** (n=1) · Lieu défini (n=1) · **Rémunération** meilleure (n=1) · Monter en compétence (n=1) · Meilleur échelon (n=1) ·

AUTRES ATTENTES	· Projet de l'UEM retravaillé (n=1)
	· **Travailler en équipe pluridisciplinaire** (n=2)
	· **Meilleures transmissions** entre collègues (n=1)
	· Pouvoir travailler les mêmes jours que la psychomotricienne pour pouvoir mettre en place des choses ensemble (n=1)
	· **Généralisation** par les professionnels de ce qui est fait en individuel sur d'autres temps (n=1)
	  · **Progresser**, **s'enrichir du travail d'équipe** pour aider au mieux enfants/familles (n=1)
	  · Bénéficier des savoir-faire de l'équipe (n=1)
	  · **Mieux comprendre le fonctionnement** des classes et de l'école (n=1)
	  · **Intervenir de manière plus écologique** (dans la classe, dans les interactions avec les pairs, lors de temps de repas et collation...) (n=1)
	  · **Approfondir l'accompagnement parental** (n=2)
	  · **Approfondir la prise en charge des troubles de l'oralité** (n=1)
	  · « J'aimerais pouvoir mieux m'organiser, accepter les limites dues à mon temps de travail et optimiser ce temps que j'ai » (n=1)

Tableau 11 : Attentes concernant le poste d'orthophoniste en UEM
Répondants : n= 23 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs attentes

DISCUSSION

I. RAPPEL DES POINTS ESSENTIELS DE L'ETUDE

Ce travail a pour objectif de dresser un état des lieux du rôle et des pratiques de l'orthophoniste au sein d'une équipe en UEM en l'absence d'informations précises à ce sujet.
Ainsi, nous avons enquêté à l'aide d'un questionnaire auprès d'orthophonistes ayant exercé ou exerçant au sein de ce dispositif via des questions formelles regroupées par thème, mais aussi en interrogeant leurs ressentis face à cette pratique.

II. INTERPRETATION DES RESULTATS

Cette enquête réalisée auprès de 27 orthophonistes nous a permis d'obtenir de riches informations. Cependant, au vu des réponses mettant en lumière des pratiques disparates il paraît difficile d'homogénéiser ces données afin de définir un profil type du rôle de l'orthophoniste au sein de ce dispositif. Nous discuterons donc les résultats pertinents tout en gardant à l'esprit l'idée d'hétérogénéité des pratiques de terrain.

Nous évoquerons dans un premier temps les différents rôles d'un orthophoniste à ce poste, puis les facteurs, que cette enquête nous a permis de faire émerger, pouvant avoir une incidence sur ces pratiques.

A. Les différents rôles de l'orthophoniste en UEM

1. Rôle de l'orthophoniste auprès des enfants

a. Différentes modalités d'interventions possibles

Le cahier des charges préconise la réalisation d'interventions individuelles et collectives de l'orthophoniste auprès des enfants (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Or, nous remarquons que si les prises en soin individuelles sont réalisées par la totalité de ces professionnels, les interventions collectives, elles, ne sont pas mises en place par tous. La raison la plus évoquée est le manque de temps. Nous pouvons donc supposer qu'avec plus de temps, les orthophonistes seraient plus à même de répondre à cette mission établie par le cahier des charges.
Par ailleurs, en plus de ces deux modalités d'intervention, une partie des répondants intervient également en classe. Cette possibilité est d'ailleurs décrite comme un avantage par deux participants soulignant, ainsi, les bienfaits d'une mutualisation des interventions scolaire et médico-sociale dans la prise en charge de ces jeunes enfants, objectif clé du projet des UEM.

L'intervention lors des repas réalisée par un tiers des orthophonistes peut être mise en lien avec la question de l'oralité. Un orthophoniste exprime regretter cette absence due à un manque de temps et deux autres désirer intervenir davantage lors de ces temps. Un participant confie ne pas être réellement entendu sur les aspects théoriques soumis, le psychologue et les éducateurs décidant davantage à ce niveau. Pourtant, s'il est question d'oralité alimentaire, l'orthophoniste serait tout à fait légitime d'assurer des préconisations adaptées, ce domaine faisant pleinement partie de son champ de compétences au même titre que la communication et le langage chez un enfant avec TSA. Par ailleurs, la présence de ce professionnel durant ces temps pourrait ne pas toujours être à visée thérapeutique mais simplement une assistance lors d'un temps informel.

A cela, nous pouvons ajouter les temps du goûter, la récréation, la sieste ou la motricité auxquels une minorité d'orthophonistes déclarent assister. Si c'est un avantage participant à la construction d'une vision plus globale de l'enfant pour certains, c'est aussi perçu comme une dérive consécutive à un exercice peu défini, nuisant à la réelle fonction d'orthophoniste et au détriment de temps qui pourrait être accordé à des objectifs plus spécifiques à cette profession.

Or, Florence Bouy, orthophoniste, témoignant dans son article de son expérience en UEM évoque le fait que les rôles des différents professionnels de ce dispositif ne relèvent pas seulement de la discipline dans laquelle ils ont été formés : « peut-être qu'un enseignant aura à amener l'enfant aux toilettes et à coter un protocole de propreté, un éducateur mettra en place des cibles de numération, un rééducateur gérera un temps de récréation ». Selon elle : « la spécialisation de chacun s'exprime surtout au moment où il faut penser de façon fine et experte la programmation du travail mais beaucoup moins dans sa mise en œuvre » (2016, p.184).

Ainsi, la mise en relation des différents résultats et de cette donnée de la littérature met en lumière des avis partagés concernant ces possibilités d'interventions. De plus, il existe des divergences importantes tant au niveau des conditions de travail, que des missions réalisées auprès des enfants dans les différentes UEM.

b. Bilan et prise en soin orthophonique

L'orthophoniste a pour mission d'évaluer et de prendre en soin les enfants avec TSA dans différents domaines (Jospin et al., 2002). Nous remarquons que la communication et le langage sont explorés lors du bilan par la totalité des participants. Ces deux domaines, comme nous l'avons vu précédemment, font partie intégrante de la dyade autistique et sont donc essentiels à prendre en compte chez ces enfants présentant généralement d'importantes difficultés à ce niveau. (DSM-5, 2013).

Ils constituent les axes thérapeutiques majeurs cités fréquemment par nos participants et concordent avec ceux établis par la littérature. L'importance du travail autour de la CAA peut être justifiée par les

profils des enfants accueillis au sein d'une UEM et du respect des recommandations de la HAS concernant leur accompagnement (2012). Aussi, le travail effectué autour des précurseurs à la communication et du langage fait pleinement partie des missions d'un orthophoniste auprès d'un enfant avec TSA et répond aux stratégies d'interventions thérapeutiques concernant l'adaptation langagière préconisées par le cahier des charges (Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Ces différents axes peuvent également être explorés lors de prises en soin de groupe. Ces séances collectives présentent ainsi plusieurs atouts : sur le plan de la communication, la présence de plusieurs enfants peut rendre le travail plus naturel et la possibilité de collaborer avec d'autres professionnels permet quant à elle d'assurer un accompagnement optimal.

L'oralité est peu évaluée et peu prise en compte lors des séances individuelles. Nous remarquons qu'elle est davantage évoquée dans le cadre de prises en soin de groupe. Nous pouvons supposer que le travail en groupe est majoritairement choisi pour des raisons pratiques et facilitatrices en lien avec les objectifs visés, mais aussi en raison de son aspect parfois plus écologique (ex : atelier cuisine).
Nous notons aussi que le manque de temps a une incidence, notamment l'absence de certains orthophonistes lors des temps de repas évoquée plus haut, qui sont des moments privilégiés pour observer l'enfant en situation et préconiser des adaptations. Par ailleurs, concernant les formations effectuées par les orthophonistes, nous remarquons que cinq ont réalisé une formation dans le domaine des troubles de l'oralité et que neuf orthophonistes ont ce désir d'assister à une formation à ce sujet. C'est d'ailleurs la formation envisagée par le plus d'orthophonistes. L'intérêt semble alors grandissant et aura très certainement une incidence positive sur l'investigation de ces troubles et leur prise en soin.

Selon les recommandations de la HAS, le rythme des séances d'orthophonie doit être fonction des besoins de l'enfant, des contraintes liées à l'ensemble de la prise en charge et des priorités de sa famille (HAS, 2018). Cependant, nos résultats témoignant de la réalité du terrain indiquent que leur fréquence dépend, certes, des besoins de l'enfant, mais le plus souvent des contraintes dues au temps de présence de l'orthophoniste. Elle n'est donc pas la même au sein des différentes UEM. De plus, le budget de l'établissement peut restreindre leur fréquence. L'influence de l'emploi du temps des enfants peut être mis en lien avec les contraintes liées à l'ensemble de leurs prises en charge énoncées par la HAS. Ces différents facteurs conduisent la majorité des orthophonistes à prendre en soin les enfants une fois par semaine. Or, la HAS préconise chez les enfants de moins de six ans ne s'exprimant pas oralement ou ayant un très faible champ lexical la réalisation de séances deux à quatre fois par semaine.

Par ailleurs, si nous revenons à la réalisation du bilan, nous pouvons constater que des outils variés sont utilisés. Il ne semble pas y avoir de consensus concernant les outils à utiliser au sein de ces unités, mais certains sont cités plus que d'autres.
La plupart de ceux fréquemment utilisés font partie des outils préconisés par la littérature pour l'évaluation du jeune enfant avec TSA (EVALO 2-6, VB MAPP, EVALO BB, COMVOOR). La VB MAPP, utilisée de manière pluridisciplinaire, met en avant la dynamique d'équipe vers des objectifs communs. Enfin, il est à noter que certains orthophonistes relatent un manque de matériel à disposition qui pourrait donc conduire à l'utilisation d'autres outils moins spécifiques.

2. Rôle de l'orthophoniste dans la mise en place d'adaptations

a. CAA

Tous les orthophonistes indiquent utiliser la CAA au sein de leur UEM et participent généralement à la décision et mise en place des moyens adaptés à chaque enfant comme le préconise leur décret de compétences (Jospin, et al. 2002). De plus, selon Florence Bouy, l'orthophoniste en UEM est garant de la mise en place de ces outils, il doit en déterminer le type, coordonner leur mise en œuvre et veiller à sa généralisation (2016). Bien que la majeure partie de nos répondants puissent faire valoir ce rôle, une minorité d'orthophonistes n'ont pas leur place dans ce processus. Cela pose question quant à la reconnaissance de leur spécificité et la répartition des rôles de chacun.

De manière générale, la formation de plusieurs professionnels aux outils dans la plupart des UEM et le travail d'équipe mettent en lumière l'idée que l'orthophoniste n'est pas seule responsable et que les connaissances de chacun encouragent la généralisation des acquis à d'autres temps que les séances spécifiques.

Par ailleurs, si l'on s'intéresse aux outils, on observe une prédominance du PECS aussi bien dans son utilisation que dans la formation des membres de l'équipe aux différents moyens de CAA. Son efficacité est remise en question par un répondant et des contraintes matérielles peuvent limiter la possibilité d'utilisation d'autres outils. Ainsi, le PECS pourrait parfois être adopté pour des raisons pratiques au détriment d'autres outils que les orthophonistes jugeraient pertinents.

b. Aménagement de l'environnement

Les orthophonistes des différentes UEM ne participent pas de la même manière à l'aménagement de l'environnement de l'enfant. Cette structuration spatio-temporelle et des apprentissages est recommandée par l'ANESM afin d'offrir un cadre sécurisant à l'enfant avec TSA

(2010) et fait ainsi partie des adaptations à mettre en place au sein de l'UEM comme le stipule le cahier des charges.

La participation peut se faire en équipe, par la transmission d'avis, de conseils, la préconisation de certains supports. En revanche, certains orthophonistes déclarent avoir un rôle minime et d'autres ne pas y prendre part. Le manque de temps est encore une fois mis en avant. Par conséquent, on peut supposer qu'un temps de présence plus important, et des missions mieux définies favoriseraient une meilleure implication des orthophonistes à ce niveau.

3. Rôle de l'orthophoniste au sein de l'équipe pluridisciplinaire

La plupart des orthophonistes participent aux temps de réunions permettant une concertation avec les autres membres de l'équipe et l'élaboration du projet collectif (Ministère de l'Education nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

Ceux n'y participant pas évoquent un manque de temps, la priorité étant donnée aux prises en soin des enfants. Nous pouvons nous interroger sur l'impact de l'absence de certains orthophonistes aux réunions d'équipe sur la transmission d'informations, la richesse des échanges, et la connaissance du rôle de l'orthophoniste par les autres professionnels. Cela nuit également à l'idée de prise en charge globale de l'enfant.

De plus, la présence en réunions est une manière d'intervenir dans la mise en place des objectifs de l'enfant en lien avec les autres membres de l'équipe, notamment en proposant les axes tirés des bilans effectués mais aussi en donnant son avis, en discutant les objectifs et en les validant ensemble. C'est une manière de prendre sa place en tant que membre de l'équipe à part entière.

Certains orthophonistes mentionnent un manque de temps pour faire les choses ensemble, pour se coordonner et se concerter en équipe et attendent un travail pluridisciplinaire plus important, et une amélioration des transmissions. Cette attente n'est pas négligeable puisque les interventions se doivent diversifiées, complémentaires et coordonnées (HAS & ANESM 2012).

En dehors des réunions, le partenariat entre l'orthophoniste et les membres de l'équipe peut se faire lors de séances de groupe évoquées un peu plus haut. Les éducateurs sont les plus sollicités par ce partenariat mais tous les professionnels pouvant intervenir offrent la possibilité de regards croisés en fonction des spécificités de chacun.

De plus, la cohésion entre les différents membres est essentielle pour favoriser la généralisation des acquis de manière la plus écologique possible à d'autres moments du quotidien, dans différents contextes, comme le préconise l'ANESM (2010). Cet avantage est cité par plusieurs orthophonistes.

Ainsi, la collaboration entre l'orthophoniste, les professionnels du médico-social et les enseignants renforce l'idée d'un partenariat indispensable à la réussite du projet (Balestrat, 2015).
Le ressenti des orthophonistes concernant leur poste en UEM va dans ce sens puisque le travail en équipe pluridisciplinaire est un avantage cité par presque la totalité des répondants. La possibilité d'échanges, de partage, de transmissions, de co-construction, tout en ayant un regard commun orienté dans la même direction est mise en avant.

4. Rôle de l'orthophoniste auprès des familles

Nous constatons que la fréquence des rencontres orthophoniste/parents est très variable, les échanges peuvent se faire dans un cadre formel ou informel, mais ils ne semblent pas toujours facilités.

La guidance parentale effectuée auprès des familles concerne principalement les moyens de CAA, mais elle vise aussi le domaine de l'oralité pour certains d'entre eux. Généralement, elle s'organise autour d'échanges, de conseils, d'explications, et de propositions d'adaptations mais aussi d'invitations à participer aux séances ou à des ateliers afin de rendre les parents pleinement acteurs et partenaires de cette prise en soin. Cependant, ce n'est pas un accompagnement systématiquement mis en place puisqu'il concerne seulement une partie des orthophonistes. Or, il fait partie intégrante du champ de compétences de ce professionnel qui doit pouvoir transmettre des informations et des conseils adaptés aux familles afin de favoriser le développement de leur enfant (Jospin et al., 2002 ; Coquet, 2004). De plus, les échanges avec les parents permettent de recevoir des informations sur le comportement de l'enfant au domicile notamment au niveau de la communication, et favorisent, de ce fait, une vision encore plus globale. Ils invitent à être au plus proche des besoins de la famille et de fixer des priorités en fonction des problématiques rencontrées. L'absence d'accompagnement de l'orthophoniste pourrait mettre en péril l'adéquation entre les besoins de l'enfant dans son quotidien et les objectifs de prise en soin établis, et nuire à la généralisation de certains acquis et des adaptations.

Le manque de temps est encore une fois une limite citée par différents participants. Une autre limite évoquée concerne la famille directement qui peut ne pas avoir de demande particulière, s'investir et coopérer de manière insuffisante.

La collaboration entre l'orthophoniste et les autres professionnels effectuant des guidances n'est pas toujours optimale. Un orthophoniste mentionne d'ailleurs le fait que ses visites à domicile ne sont pas appréciées par l'équipe, et que les thérapeutes n'ont finalement pas suffisamment leurs places auprès des familles. Nous pouvons alors nous interroger sur la place laissée à l'orthophoniste dans cet accompagnement.

De plus, il est essentiel de nous demander si les autres professionnels sont à même de traiter de problématiques issues du domaine de compétences des orthophonistes sans les apports théoriques et pratiques transmis par la formation initiale et continue dédiées à cette profession.

Encore une fois les situations et les pratiques sont disparates, mais ces éléments donnent un aperçu de ce qui peut entraver le rôle de l'orthophoniste auprès de la famille.

Des conditions permettant à ce professionnel de réaliser un accompagnement parental adapté pourraient favoriser la réduction des difficultés de généralisation dans les familles. Cet accompagnement serait susceptible de renforcer la légitimité de ces professionnels auprès des familles en leur permettant de prendre pleinement leur place et en leur donnant l'occasion d'expliquer le travail effectué avec l'enfant, tout en favorisant l'alliance thérapeutique nécessaire à tout projet.

5. Rôle de l'orthophoniste dans le processus d'inclusion

Le cahier des charges met en avant la mission de l'équipe d'accompagnement des enfants lors des temps d'inclusion en classe ordinaire (Ministère de l'Education nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche & Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Or, nous observons que seulement une minorité d'orthophonistes accompagnent les enfants en inclusion.
Lorsque cet accompagnement est réalisé il permet une observation de l'enfant lors de ces temps par l'orthophoniste, des propositions et recommandations concernant les aménagements et les adaptations possibles à l'enseignant, et un soutien dans les apprentissages langagiers. Le partenariat entre l'éducation nationale et le secteur médico-social est par conséquent renforcé.
La présence de l'orthophoniste dans un contexte de travail en classe lui permet d'accéder à une vision plus globale de l'enfant, qui peut compléter celle du patient qu'il accueille en séance. Cette présence en classe ordinaire pourrait également lui permettre d'adapter encore plus ses objectifs à partir des observations réalisées (comportement en classe, interactions, travail des compétences scolaires) et d'enrichir sa pratique. Comme le mentionne le cahier des charges, nous pouvons imaginer que la présence de l'orthophoniste puisse encourager la généralisation de certains acquis notamment la communication à l'aide des moyens de CAA.

Au vu des bienfaits que pourrait apporter cette présence, nous pouvons nous demander pourquoi si peu d'orthophonistes participent à ces temps ; si c'est encore une fois une question de manque de temps, ou si des professionnels comme les éducateurs ont plus leur place pour faire ce lien.
De plus, bien que le projet de l'UEM soit de favoriser l'inclusion de ces enfants en leur proposant une insertion progressive et adaptée, il est possible que seule une petite partie d'enfants aient les capacités

de bénéficier de ces temps, ce qui pourrait engendrer peu de temps d'inclusion et donc peu de participation des orthophonistes.

De manière plus générale, nous avons également interrogé les orthophonistes sur leur implication à travers ce poste dans le processus d'inclusion scolaire des enfants avec TSA. Si une minorité ne se dit pas impliquée, la plupart des orthophonistes considèrent l'être par le travail effectué auprès de l'enfant favorisant son inclusion, l'implication par le partenariat avec l'équipe et la participation à des temps variés. Leur implication ne se résume donc pas seulement à une participation aux temps d'inclusion, mais peut être perçue de manière plus globale, par la participation à une dynamique commune en faveur de l'inclusion progressive de ces enfants : soins, échanges pluridisciplinaires allant dans ce sens.

B. Incidence de différents facteurs sur ces pratiques

Nous avons mis en lumière les différents rôles que peut avoir l'orthophoniste en UEM.
Les résultats obtenus nous permettent de mettre en évidence des facteurs ayant une incidence sur les pratiques. Ces facteurs pourraient en partie expliquer l'hétérogénéité des pratiques orthophoniques au sein des différentes UEM.

1. Durée d'exercice

Les orthophonistes répondants présentent des durées d'exercice variables. Il se pourrait qu'un orthophoniste exerçant depuis plus de 3 ans au sein de ce dispositif ait eu plus de temps pour déployer sa mission au sein de l'équipe et auprès des enfants qu'un orthophoniste ayant une expérience moins importante. D'ailleurs, certains expriment manquer de recul pour répondre à certaines questions du fait de cette arrivée récente.

2. Statut d'exercice

Les deux statuts (salarié et libéral) sont représentés au sein de notre échantillon, la majorité des orthophonistes exerçant en salariat. Les temps de présence peuvent être équivalents, notamment lorsque ce temps est faible, mais la plupart du temps les orthophonistes en salariat présentent un temps de présence plus important que les orthophonistes libéraux. Nous pouvons supposer que les orthophonistes libéraux sont généralement moins présents lors des temps en équipe. De plus, le statut de salarié invite l'orthophoniste à faire partie intégrante de l'équipe, et il pourrait être plus délicat de s'intégrer, trouver sa place, et faire du lien en tant que professionnel libéral.

3. Temps de présence

Ce facteur est omniprésent au sein des différentes réponses apportées. C'est la principale limite mentionnée, et l'attente majoritaire va dans le sens d'une augmentation de ce temps.
Par conséquent, un temps de présence plus important pourrait permettre aux orthophonistes d'améliorer leurs interventions auprès de l'enfant, d'approfondir leur rôle concernant les adaptations, les actions en équipe, et auprès des parents. De plus, il semble que ce temps apporterait également plus de légitimité à ces professionnels ne trouvant pas toujours leur place.

4. Fiche de poste

Les missions de l'orthophoniste peuvent être détaillées au sein d'une fiche de poste mais ces dernières ne sont pas systématiquement délivrées au sein des UEM. Certains répondants manifestent le besoin de posséder ce document et des missions clairement définies notamment pour redéfinir la place de chacun, faire valoir sa spécificité et éviter l'apparition de dérives. Ainsi, dès l'arrivée de l'orthophoniste au sein d'une UEM, la présentation du poste pourrait avoir une incidence sur ses pratiques et son intégration au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

5. Conditions matérielles professionnelles

Les limites évoquées mettent en évidence des conditions de travail parfois peu adaptées. Effectivement, certains orthophonistes ne possèdent pas de bureau et réalisent leurs prises en soin dans des endroits sujets à des stimulations sensorielles environnantes importantes. Or, l'orthophoniste se doit de proposer une prise en soin dans un cadre structuré en réduisant les distracteurs. Nous pouvons imaginer l'impact que pourrait avoir cet environnement sur l'enfant avec TSA présentant des troubles sensoriels importants (hyperréactivité, hyporéactivité) (DSM-5, 2013). De même, il peut être difficile de recevoir les familles dans ces conditions.
Concernant le matériel à disposition, il peut se révéler insuffisant et pourrait ainsi réduire les possibilités d'évaluation et d'intervention de l'orthophoniste.

6. Formations

Nous avons observé que seulement une minorité d'orthophonistes ont assisté à la formation initiale à l'ouverture de l'UEM. Cependant, la grande diversité de formations effectuées ou souhaitées est révélatrice de la volonté d'amélioration des pratiques. Les formations PECS et ABA sont suivies par la plupart d'entre eux. Ce n'est pas étonnant puisque le PECS est le moyen de CAA le plus utilisé et ABA l'approche comportementale prépondérante au sein de presque toutes les UEM. Certaines formations concernent directement les pratiques orthophoniques mais d'autres, comme les formations aux approches globales marquent la spécificité de l'exercice en UEM. Les orthophonistes pourraient

désirer s'imprégner de ces méthodes afin d'être davantage en cohésion avec les pratiques des autres professionnels et mieux suivre la dynamique de l'équipe. De plus, la formation à différents moyens de CAA pourrait venir compléter l'offre essentiellement concentrée sur le PECS.

Par ailleurs, l'accès à des formations semble inégal au sein des UEM puisqu'un répondant mentionne l'avantage d'avoir accès à beaucoup de formations, alors que d'autres évoquent le manque et en attendent plus. Cependant, l'hypothèse d'attentes inégales au regard de la formation, invite à nuancer ces informations.

7. Supervision

Il est tout d'abord important de noter que malgré son existence théorique au sein du cahier des charges, ce n'est pas toujours le cas sur le terrain, ce qui peut influencer les pratiques de chacun. Si elle est parfois perçue comme un atout permettant une prise de recul, un retour sur ses pratiques, un certain regard, et une ouverture à des temps d'échanges en équipe, elle peut amener diverses contraintes. La supervision peut paraître inadaptée, trop loin de la réalité, et susciter des craintes et des mésententes. Les avis sont variés, la supervision ne semble pas toujours aider l'orthophoniste à évoluer dans sa pratique au sein de ce dispositif.

8. Approche comportementale

L'accompagnement par des interventions comportementales est présent dans la quasi-totalité des UEM. Les approches les plus utilisées concordent avec celles recommandées par la HAS concernant l'accompagnement des enfants avec TSA. Quant à l'incidence des approches comportementales sur le rôle de l'orthophoniste, les résultats vont dans le sens d'un apport bénéfique aussi bien sur le plan formel, de la pratique, et de la gestion des troubles du comportement. Ils s'accordent avec ceux mentionnés par Florence Bouy, dans son article concernant l'approche ABA. Effectivement, elle met en évidence l'importance du pairing, de l'utilisation d'opérations de motivation, les avantages des procédures d'enseignement de cette approche au sein de l'exercice orthophonique, mais aussi son intérêt sur le plan des objectifs communicationnels et langagiers ainsi qu'au niveau de l'accompagnement parental (2016).

Néanmoins, les approches comportementales peuvent également soulever des questionnements et poser problème auprès de nos répondants, l'un d'eux évoque même une « perte de liberté » et une « sensation d'obligation de se glisser dans le moule de l'ABA ».

De plus, Florence Bouy évoque le fait que l'expertise de l'orthophoniste dans les champs de la communication et du langage n'est pas toujours reconnue par les professionnels de l'ABA (2016). Certains objectifs élaborés par cette approche prévalent parfois aux axes établis par l'orthophoniste.

Cela pourrait être mis en lien avec la non-participation de certains orthophonistes lors de la décision et mise en place des moyens de communication, et la difficulté de trouver sa place ressentie par plusieurs répondants.

Malgré les limites évoquées et les attentes des orthophonistes concernant ce poste en UEM, il est important de souligner la richesse de cet exercice. Effectivement, comme nous l'avons déjà mentionné, le travail en pluridisciplinarité est une vraie force reconnue par la quasi-totalité des orthophonistes interrogés. Le partenariat entre l'éducation nationale et le secteur médico-social donne à l'orthophoniste la possibilité d'agir en cohésion avec les acteurs accompagnant l'enfant dans son quotidien grâce à des échanges lors de réunions, de groupe ou d'autres temps informels. Cette organisation lui offre une vision plus complète de l'enfant grâce à des interventions durant différents moments de la journée. L'éventail de ces possibilités d'interventions favorise la généralisation des apprentissages en situations variées et écologiques. De plus, ce poste en UEM renforce l'implication de l'orthophoniste dans le processus d'inclusion scolaire des enfants avec TSA de façon plus concrète en lui donnant un réel rôle. Concernant la coopération avec les familles, des conditions encourageant un meilleur partenariat sont souhaitées, fortifiant ainsi ce désir d'être au plus près des besoins de ces enfants et de leurs proches. Enfin, des orthophonistes soulignent la richesse de cette expérience professionnelle suscitant questionnements, remises en question, apprentissages et adaptations constantes.

III. LIMITES

Bien qu'il soit difficile d'obtenir un grand nombre de participants du fait du public spécifique que nous avons interrogé, il aurait été préférable d'avoir un plus large échantillon pour gagner en représentativité.

Le choix du questionnaire semblait pertinent au regard de l'objectif du mémoire. Cependant, l'usage d'une enquête auto-administrée présente l'inconvénient de ne pas pouvoir accompagner les participants lors de leurs réponses, ce qui peut conduire à des biais en lien avec la compréhension des questions et les conditions de passation.

La durée et la forme de notre questionnaire, essentiellement composé de questions ouvertes, a pu être un frein pour certains orthophonistes ne désirant pas prendre ce temps pour répondre ou n'en ayant pas toujours la possibilité.

En outre, les questions ouvertes n'ont pas suscité la même précision de réponses de la part des répondants. Il nous est difficile voire impossible de déterminer si un orthophoniste ne précise pas certains points car ce n'était pour lui pas nécessaire, pas clairement demandé, ou bien si ces points ne concernaient pas son travail.

Par ailleurs, nous avons voulu recueillir une grande richesse d'informations, d'où le format de la plupart des questions. Cependant, l'analyse des nombreuses questions ouvertes s'est révélée complexe, le regroupement et la catégorisation de certaines réponses a pu entraîner une part de subjectivité au sein d'une étude qui se veut la plus fidèle et juste possible.
Au vu de certaines réponses, nous nous sommes aussi aperçues que quelques questions auraient été plus pertinentes si elles avaient été présentées sous la forme de questions fermées.

Enfin, nous aurions pu ajouter une question concernant l'année d'ouverture de l'UEM en plus de la durée d'exercice de chaque participant au sein de ce dispositif. Effectivement, des UEM sont ouvertes avec des équipes parfois incomplètes, et les professionnels, notamment l'orthophoniste, peuvent être recrutés plus tardivement. Ce facteur pourrait avoir une incidence sur la place de l'orthophoniste au sein de l'équipe.

IV. PERSPECTIVES

Une nouvelle mise à jour de l'évolution de la place de l'orthophoniste au sein des UEM pourrait être intéressante dans quelques années lorsque ces dispositifs seront plus durablement implantés.

Suite à la mise en lumière de la place peu définie de l'orthophoniste dans ces dispositifs, il serait profitable d'encourager la création de fiches de poste reprenant les missions de ce professionnel au sein de l'unité. Un document informant des compétences d'un orthophoniste et des rôles envisageables pourrait favoriser la reconnaissance de sa spécificité.

Par ailleurs, en prenant contact avec différentes UEM dans le but de transmettre notre questionnaire, nous avons noté l'absence d'orthophonistes, souvent qualifiée de regrettable, dans de nombreux dispositifs. Un recensement de toutes les UEM existantes avec ou sans orthophoniste pourrait être envisagé. Il sera intéressant de questionner cette absence. De plus, nous pouvons légitimement nous poser la question de la répartition des missions lorsque l'orthophoniste n'est pas présent et dans quelle mesure les professionnels sont capables de garantir la qualité de certaines propositions sans les apports théoriques et pratiques d'un orthophoniste au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

En transmettant notre questionnaire sur le réseau social Facebook au sein d'un groupe « Orthophoniste en UEM », nous avons pu voir des témoignages, échanges, la transmission de conseils et d'idées entre orthophonistes mais aussi la mise en place de rencontres. Au vu des pratiques disparates, il nous semble pertinent d'encourager ces initiatives permettant un retour sur ce qui est fait ailleurs et une prise de recul concernant son propre exercice.

CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif de dresser un premier état des lieux du rôle de l'orthophoniste et de ses pratiques au sein d'une équipe en UEM. Dans le but d'effectuer ce recensement, nous avons adressé un questionnaire aux orthophonistes travaillant dans ces unités afin de recueillir des informations quant à leurs missions et leur mise en œuvre, mais aussi interroger leur ressenti concernant cet exercice.

L'orthophoniste en UEM a un rôle essentiel dans la prise en soin de l'enfant, l'accompagnement de sa famille, mais aussi dans le choix et la mise en place des moyens de CAA adaptés. Il intervient en équipe, participe à l'élaboration des objectifs de l'enfant en lien avec les autres professionnels dans l'idée d'une prise en charge personnalisée et coordonnée, et favorise leur inclusion en milieu ordinaire.

Cependant, les pratiques sont disparates suivant les UEM, et il semblerait plus pertinent de parler non pas du rôle de l'orthophoniste en UEM mais des rôles possibles. Effectivement, l'organisation de travail diffère, et divers facteurs influent sur les pratiques de ce professionnel.

Le ressenti de ces orthophonistes va dans le sens d'un exercice riche par le travail en pluridisciplinarité et les diverses possibilités d'interventions favorisant la généralisation des acquis malgré des limites importantes mises en avant comme le temps de présence insuffisant et la place peu définie de l'orthophoniste dans ces dispositifs.

Ainsi, il serait intéressant de repenser l'organisation des missions de ce professionnel et leur mise en œuvre dans ces unités afin d'encourager une plus grande reconnaissance de sa spécificité favorisant ainsi sa légitimité à ce poste.

BIBLIOGRAPHIE

Adrien, J. (2002). Le bilan psychologique des enfants avec autisme. *Le carnet PSY, 8(*8*)*, 39-41. doi:https://doi.org/10.3917/lcp.076.0039

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2010). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement.*

Agir pour l'Autisme. (2019). *Scolariser un enfant avec autisme en milieu ordinaire.* Consulté le 30 janvier 2021, sur https://agirpourlautisme.org/scolariser-un-enfant-avec-autisme-en-milieu-ordinaire/

Alin, C. (2019). *L'autisme à l'école - Le pari de l'éducabilité.* Mardaga.

American Psychiatric Association. (2013 - traduction 2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Paris: Elsevier Masson - Coordination générale de la traduction française par Crocq, M.A. & Guelfi J.D.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy , S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste: Le travail avec les outils Dialogoris 0/4 ans et Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste. *Contraste, 1(*1*)*, 303-320. doi:https://doi.org/10.3917/cont.026.0303

Balestrat, N. (2015). UEM : des textes à notre réalité, dans tous les cas une bien belle idée ! *Contraste*, 171-189. doi:https://doi.org/10.3917/cont.042.0171

Bastier, C. (2019). *Faciliter la communication et le développement sensoriel des personnes avec autisme.* Dunod.

Bazin, L. (2019). Les précurseurs de la communication sont-ils prédictifs du développement du langage verbal chez les enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique ? *[Mémoire de Grade Master en Orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1]*.

Beaujard, V. (2016). Evaluation des Jalons du Comportement Verbal et Programme d'Intervention : le VB-MAPP. *Rééducation Orthophonique - Volume 2 - N°266*, 51-68. Ortho Edition.

Bernard Paulais, M.-A., Wolff, M., Nézereau, C., Bourgueil, O., Garnier, A., Collinet, M., . . . Adrien, J.-L. (2018). Étude de l'évolution cognitive, socio-émotionnelle et des comportements autistiques d'enfants avec autisme et autre trouble envahissant du développement bénéficiant d'une intervention structurée, la méthode Applied Behavior Analysis (ABA). *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*. doi:https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.10.013

Beukelman, D., & Mirenda, P. (2017). *Communication alternative et améliorée (1ère édition).* De Boeck Supérieur.

Blanc, R., Malvy, J., Dansart, P., Bataille, M., Bonnet-Brilhault, F., & Barthélémy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 61(*5*)*, 288-294. doi:https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.04.006

Bonnet-Brilhault, F. (2017). L'autisme : un trouble neuro-développemental précoce. *Archives de Pédiatrie*. doi:https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.01.014

Bonnet-Brilhault, F. (2020). *Autisme : réalités et défis.* Le Muscadier.

Bouy, F. (2016). L'orthophoniste et les techniques de l'Analyse Appliquée du Comportement (ABA) - Expérience en Unité d'Enseignement Maternelle. *Rééducation Orthophonique - Autisme Volume 2 - N°266*, 169-185. Ortho Edition.

Bureau Internationatial d'Audiophonologie (BIAP). (2013). *Moyens de communication chez la personne en situation de handicaps multiples - Pertinence du choix et de la pratique .*

Cappe, E., Zoude, J., & Plumet, M.-H. (2016). Besoins et attentes des parents et des professionnels concernés par la scolarisation d'enfants ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme dans une unité d'enseignement maternelle. *Rééducation Orthophonique – Autisme 2 – N°266*, 149-168. Ortho Edition.

Cataix-Nègre, E. (2011). *Communiquer autrement - Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives.* Solal.

Cataix-Nègre, E. (2017). *Communiquer autrement, accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage - 2e édition.* De Boeck Supérieur.

Circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C n° 2005-124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED).

Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap.

Coquet, F. (2004). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Matériels, méthodes et techniques de rééducation.* Ortho Edition.

Coudougnan, E. (2012). Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique. *Rééducation Orthophonique - Autisme et communication - N°249*, 77-90. Ortho Edition.

Courrier, C., Lederlé, E., Brin, F., & Masy, V. (2018). *Dictionnaire d'orthophonie - 4ème édition.* Ortho Edition .

Courtois-du-Passage, N., & Galloux, A.-S. (2004). Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : aspects formels et pragmatiques du langage. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 52(7)*, 478-489. doi:https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.004

Cuny, F., & Giulani , C. (2014). La prise en charge orthophonique chez le très jeune enfant autiste: L'expérience d'une équipe. *Contraste - N°39, 1(*1*)*, 265-288. doi:https://doi.org/10.3917/cont.039.0265

Diehl, J., & Rhea , P. (2012). Acoustic Differences In The Imitation Of Prosodic Patterns In Children With Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6(*1*)*, 123-134. doi:https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.03.012

Dionisi, J. (2013). Le programme TEACCH : des principes à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 61(4)*, 236-242. doi:https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.12.002

Franc, S. (2010). Des signes pour mieux communiquer. Le programme Makaton au service de l'enfant présentant un trouble du langage. *Entretien de Pédiatrie et de Puériculture*, 10-14.

Gamard, C. (2016). Comportement verbal et intervention orthophonique. *Rééducation Orthophonique - Autisme Volume 2 - N°266*, 35-50. Ortho Edition.

Ganz, J. (2015). AAC Interventions for Individuals with Autism Spectrum Disorders: State of the Science and Future Research Directions. *Augmentative and Alternative Communication, 31*(3), 203-214. doi:10.3109/07434618.2015.1047532

Garnier, P. (2018). *Scolariser des élèves avec troubles du spectre de l'autisme.* Réseau Canopé .

HandiCap'Anjou. (2021). *UEMa Ecole Montesquieu - Unité d'Enseignement en Maternelle pour Enfants avec autisme ou troubles envahissants du développement*. Consulté le 19 février 2021, sur http://www.handicap-anjou.fr/etablissements-services/pole-enfants-prevention-deficience-intellectuelle-et-troubles-envahissants-du-developpement/uem-montesquieu/

HAS & ANESM - Service de recommandation de bonne pratique. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.*

Haute Autorité de Santé (HAS). (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.* Fédération française de psychiatrie.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Méthode Recommandations pour la pratique clinique.*

Jospin, L., Guigou, É., & Kouchner, B. (2002). Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. *Journal officiel "Lois et Décrets"*.

Lelord G., Barthélémy C., Sauvage D., Boiron M., Adrien J.-L., Hameury L. (1987) - Thérapeutiques d'échange et de développement dans l'autisme de l'enfant. Bases physiologiques. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, *171*,137-143

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).

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).

Marcelli , D., & Cohen, D. (2016). *Enfance et Psychopathologie (10ème édition) .* Elsevier Masson.

Ministère de l'Education nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche - Ministère des affaires sociales et de la santé. (2016). *INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016.*

Ministère de la Santé. (2013). *3ème Plan Autisme.* Récupéré sur http://solidarites-sante.gouv.fr

Ministère de la Santé. (2018). *4ème Plan Autisme.* Récupéré sur http://solidarites-sante.gouv.fr

Mirenda, P., & Iacono, T. (2009). Autism Spectrum Disorders and AAC. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39(12)*, 1755-1756. doi:https://doi.org/10.1007/s10803-009-0781-9

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). *Troubles du spectre autistique*. Consulté le 30 janvier 2021, sur https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

Ouss-Ryngaert, L., Clet-Bieth, E., Dujardin, P., Lefèvre, M., & Perisse, D. (2008). *L'enfant autiste.* John Libbey Eurotext.

Peter, C., & Mengarelli, F. (2018). La prise en charge précoce en autisme avec le modèle ESDM. *Le journal des psychologues - n°353, 1(*1*)*, 19-22. doi:https://doi.org/10.3917/jdp.353.0019

Prudhon, E. (2017). Oralité alimentaire et Trouble du Spectre Autistique. *Rééducation Orthophonique - Les Oralités - N°271,* 171-189. Ortho Edition.

Prudhon, E., & Tuffreau, R. (2012). Repas et autisme : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables (situation aux aspect paradoxaux). *Rééducation Orthophonique - Autisme et communication - N°249*, 91-104. Ortho Edition.

Renaudo, N. (2013). Bilan et prise en charge d'un enfant avec troubles du développement. *Congrès régional autisme PACA.*

Rogé, B. (2015). *Autisme, comprendre et agir - 3e édition.* Dunod.

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). Early start Denver model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement. Guilford Press.

Schopler E., Brehm S. S., Kinsbourne M. et Reichler R. S. (1971). Effects of treatment structure on development in autistic children*, Archives of General Psychiatry*, *24*, 415- 421.

Schröder, C., Florence, E., Dubrovskaya, A., Lambs, B., Stritmatter, P., Vecchionacci, V., . . . Danion-Grilliat, A. (2015). Le modèle de Denver (Early Start Denver Model). Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 63(*5*)*, 279-287. doi:https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.04.001

Skinner B. F. (1938). The behaviour of organisms. D. Appleton-Century Compagny.

Suc-Mella, M. (2019). PODD et troubles du spectre de l'autisme ; une approche différente de la CAA ? *Cahiers de l'aself, 16*(1), 33-38.

Sundberg, M. L., & Partington, J. W. (1998). Teaching language to children with autism or other developmental disabilities. AVB Press.

Tanet-Mory, I. (2002). Le travail de l'orthophoniste auprès de jeunes enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 50*(2), 128-131. doi:https://doi.org/10.1016/S0222-9617(02)00080-6

Tardif, C., & Gepner, B. (2019). *L'autisme - 5e édition.* Dunod.

Walker, V., & Snell, M. (2013). Effects of augmentative and alternative communication on Challenging Behavior: A Meta-Analysis. *Augmentative and Alternative Communication, 29*(2), 117-131. doi:https://doi.org/10.3109/07434618.2013.785020

ANNEXES

ANNEXE 1 *: Exemples de groupes mis en place et leurs objectifs*

COMMUNICATION	*Groupe d'échanges en inclusion inversée (2 élèves d UEM + 2 de classe ordinaire)* Développer les compétences de tours de rôle, d'attention conjointe et partagée, les compétences verbales permettant la régulation des comportements et les interactions
	Repérer son tour, répondre à une question de groupe, prêter attention à ce qui se passe à l'autre bout du groupe, formuler une demande à un autre enfant
	Demandes au goûter : le tour de rôle, la patience, interpeler l'adulte, formuler une demande par le regard/le toucher/le mot/le pointage
CAA	Modélisation sur tableau de langage assisté (TLA)
	Travail du PECS pour démarrer les premières phases d'apprentissage
	Apprentissage de signes LSF comme outil de communication
ORALITE	Ateliers goût et toucher, découverte et exploration des aliments →réduire la sélectivité alimentaire et l'hypersensibilité
	Atelier cuisine pour travailler la diversification alimentaire
LANGAGE	Dynamique Naturelle de la Parole (DNP), langage oral en utilisant plusieurs entrées sensorielles : le kinesthésique, le visuel et le gestuel
	Développer le langage oral des enfants par le biais des comptines, du jeu libre et de la lecture d'histoires sur plusieurs thèmes ; encouragement à la communication

ANNEXE 2 *: Rôle de l'orthophoniste dans l'aménagement de l'environnement*

ROLE DANS L'AMENAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT
Participation à la réflexion de l'équipe (n=9)
Rôle d'avis et de conseils (n=5)
Passation de COMVOOR → recommandations concernant les supports visuels adaptés au niveau de compréhension de chaque enfant, aide dans le choix des supports (n=4)
Création/choix/mise en place de pictogrammes adaptés selon le profil de l'enfant (structuration, aide visuelle), création des pictogrammes dédiés à la communication (n=2)
Rappel de l'importance des éléments de structuration par l'objectivation des déficits de compréhension verbale chez la plupart de enfants via les tests de langage oral (n=1)
Confection des plannings, supervision pour tous les supports permettant d'améliorer la compréhension de consignes scolaires ou comportementales (n=1)
Accompagnement à la structuration spatiale de part des expériences précédentes (n=1)
Participation à l'élaboration des outils visuels personnalisés (plannings, TLA…) (n=1)
Préconisation d'aides visuelles pour la compréhension du déroulement des séances, des journées (n=1)
Proposition de modifications sur l'emploi du temps (photos aux pictogrammes), mise en place à domicile, réflexion concernant les aides visuelles utilisés par d'autres professionnels (n=1)

Répondants : n=27 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut préciser différents rôles

ANNEXE 3 : *Implication des orthophonistes dans le processus d'inclusion scolaire des enfants avec TSA*

IMPLICATION PAR LE TRAVAIL EFFECTUE AUPRES DE L'ENFANT	· Développement des compétences de communication et de langage en séance permettant d'augmenter qualitativement et quantitativement les échanges en situation écologique (n=1) ; développement d'une communication fonctionnelle (n=1) ; pour qu'ils puissent se faire comprendre des autres enfants (n=1) · Favorisation de leur inclusion adaptée par la prise en compte de leurs besoins et moyens de communication et le développement des compétences nécessaires à cette inclusion (n=2) · Favorisation de l'utilisation de la CAA avec les autres enfants (et adultes de l'école) (n=1) · Apprentissage des codes sociaux et appropriation sensorielle de leur environnement (n=1) · Développement de compétences de jeux efficaces (n=1)
IMPLICATION PAR LE PARTENARIAT, LE ROLE D'INFORMATION AUPRES DE L'EQUIPE, DE L'ENSEIGNANT	· Participation aux réunions d'ESS (n=1) · Participation aux discussions concernant des objectifs de l'inclusion (n=1) · Echanges avec les collègues enseignantes des autres classes (n=1) · Informations sur l'autisme (n=2), les particularités des enfants (n=1), les outils de CAA auprès de l'enseignant (n=1) · Disponibilité pour répondre aux questions/craintes des enseignants (n=1) · Soutien et conseils à l'enseignant ou à l'éducatrice qui accompagne (n=1) · Proposition d'adaptations (des apprentissages), d'outils (n=2)
IMPLICATION PAR LA PARTICIPATION A DIFFERENTS TEMPS OU LES ENFANTS DE L'UEM SONT EN CONTACT AVEC LES ENFANTS DE L'ECOLE	· En inclusion (n=3) · En inclusion inversée (n=1) · Récréation (n=4) · Cantine (n=1), repas (n=3) ⇨ Apprendre aux enfants de l'UEM à jouer avec les enfants de l'école, répondre aux questions des enfants de l'école à propos des enfants de l'UEM (n=1) · Sorties scolaires (n=1)

Répondants : n= 25 ; question ouverte, 1 orthophoniste peut citer plusieurs points

ANNEXE 4 : *Questionnaire retranscrit*

Le rôle de l'orthophoniste au sein d'une équipe en Unité d'Enseignement en Maternelle

Bonjour,
Je suis étudiante en 5ème année d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Bordeaux (CFUOB). Je vous transmets ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire. L'objectif de mon travail est de réaliser un état des lieux du rôle de l'orthophoniste au sein d'une équipe en Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM).
Ce questionnaire, adressé aux orthophonistes exerçant en UEM, a pour but d'interroger leurs pratiques au sein de ce secteur spécifique afin de réaliser une analyse de leur situation professionnelle de terrain, et ce, en récoltant des réponses d'orthophonistes de diverses UEM, exerçant à titre salarié ou intervenant en tant qu'orthophoniste libérale. Ainsi, ce questionnaire se compose de questions organisationnelles et de questions orientées sur le ressenti des orthophonistes concernant leur poste en UEM et leurs attentes éventuelles.
Je vous remercie de bien vouloir participer à cette enquête et vous garantis le respect de l'anonymat des participants à ce questionnaire selon le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

I. Données générales

1. Depuis combien de temps exercez-vous en Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM, parfois appelées UEMA) ?
   Une seule réponse possible.
   - < 1 an
   - 1 an
   - 2 ans
   - 3 ans
   - 4 ans et +

2. Sous quel statut exercez-vous en UEM ?
   Une seule réponse possible.
   - Salarié
   - Libéral

3. Quel est votre temps de présence hebdomadaire au sein de l'UEM (nombre d'heures, pourcentage) ?

4. Avez-vous une fiche de poste ?
   Une seule réponse possible.
   - Oui - *Passer à la question 5*
   - En cours d'élaboration - *Passer à la question 5*
   - Non - *Passez à la question 6*

5. Qui intervient dans l'élaboration de cette fiche de poste ?
   Passer à la question 7

6. Comment vos missions sont-elles définies ?

7. De quels professionnels l'équipe pluridisciplinaire de l'UEM est-elle constituée (enseignants, éducateurs, psychologue, etc.) ?
   Passer à la question 8

II. Bilan et prise en soin orthophonique

8. Quels sont les domaines évalués lors de votre bilan orthophonique ?

9. Quels outils de bilans utilisez-vous ?

10. Accompagnez-vous tous les enfants de l'UEM ?
    Une seule réponse possible.
    - Oui – *Passer à la question 12*
    - Non – *Passer à la question 11*

11. Précisez les raisons (non-accompagnement de certains enfants par l'orthophoniste).

12. A quelle fréquence rencontrez-vous chacun des enfants ?
    Une seule réponse possible.
    - 1 fois toutes les deux semaines
    - 1 fois par semaine
    - + d'une fois par semaine
    - Autre : _____

13. De quoi dépend la fréquence de prise en soin des enfants ? (réponses multiples possibles)
    Plusieurs réponses possibles.
    - Des besoins de l'enfant
    - Des contraintes dues au temps de présence
    - Autre : _____

14. Quelles sont vos modalités d'intervention auprès des enfants (individuelle, collective, en classe, etc.) ?

15. Quels sont les axes thérapeutiques majeurs des prises en soin individuelles ?

16. Dans le cas de prises en soin de groupe, précisez : les domaines, les objectifs, la collaboration avec d'autres professionnels.

17. Dans le cas où aucune prise en soin de groupe n'a été mise en place, précisez les raisons.

III. Adaptations

18. Utilisez-vous des moyens de Communication Alternative et Augmentée (CAA) ?
    Une seule réponse possible.
    - Oui
    - Non

19. Quels sont les moyens de CAA utilisés ?

20. Quels professionnels décident des moyens de CAA adaptés à chaque enfant ?

21. Qui assure la mise en place des moyens de CAA choisis auprès de l'enfant ?

22. De manière générale, est-ce que les autres professionnels de l'équipe sont formés aux outils de CAA utilisés dans l'UEM ?

23. Quel rôle avez-vous dans l'aménagement de l'environnement (outils de structuration du temps et de l'espace, aide visuelle, etc.) ?

24. Les interventions au sein de votre UEM sont-elles fondées sur des approches éducatives comportementales (ABA, TEACCH, etc.) ?
    Une seule réponse possible.
    - Oui – *Passer à la question 25*
    - Non - *Passer à la question 27*

25. Sur quelle(s) approche(s) comportementale(s) sont fondées les interventions au sein de votre UEM ?

26. De quelle manière l'approche comportementale a-t-elle une incidence sur votre rôle d'orthophoniste ?

IV. Equipe pluridisciplinaire

27. Participez-vous à la mise en œuvre du Projet Personnalisé d'Intervention ?
    Une seule réponse possible.
    - Oui
    - Non

28. Participez-vous aux réunions d'équipe ?
    Une seule réponse possible.
    - Oui - *Passer à la question 30*
    - Non - *Passer à la question 29*

29. Précisez les raisons (non-participation aux réunions d'équipe).

30. Comment intervenez-vous dans la mise en place des objectifs de l'enfant, en lien avec les autres professionnels ?

V. Supervision

31. Une supervision de vos pratiques est-elle en place ?
    Une seule réponse possible.
    - Oui - *Passer à la question 32*
    - Non - *Passer à la question 34*

32. La supervision en place, est-elle ?
    Une seule réponse possible.
    - Un atout
    - Une contrainte
    - Les deux

33. Pourquoi ?

VI. Formation

34. Avez-vous assisté à la formation initiale à l'ouverture de l'UEM ?

Une seule réponse possible.
- Oui
- Non

35. Quelle(s) formation(s) avez-vous suivie(s) en lien avec votre poste en UEM (financées ou non par l'UEM) ?

36. Quelles sont les formations que vous aimeriez faire ?

VII. Généralisation

37. Comment se déroule la généralisation des apprentissages et adaptations (notamment moyen de CAA) par tous, au sein et en dehors de l'UEM ?

VIII. Lien avec les familles

38. A quelles occasions rencontrez-vous les parents des enfants de l'UEM (fréquence, circonstances) ?

39. Effectuez-vous de la guidance parentale ?
Une seule réponse possible.
- Oui - *Passer à la question 40*
- Non - *Passer à la question 41*

40. En quoi consiste la guidance parentale que vous réalisez ?
Passer à la question 42

41. Précisez les raisons (absence de guidance parentale de la part de l'orthophoniste).

IX. Inclusion scolaire

42. Etes-vous amené à accompagner des enfants lors des temps d'inclusion scolaire ?
Une seule réponse possible.
- Oui – *Passer à la question 43*
- Non – *Passer à la question 44*

43. Précisez les raisons (accompagnement d'enfants lors de temps d'inclusion).

44. De manière plus générale, en quoi votre poste en UEM vous implique-t-il dans le processus d'inclusion scolaire des enfants avec autisme ?

X. Ressenti – *N'hésitez pas à détailler vos réponses*

45. Concernant votre poste en UEM, quels sont, pour vous, les avantages ?
46. Concernant votre poste en UEM, quelles sont, pour vous, les limites ?
47. Concernant votre poste en UEM, quelles sont vos attentes ?

Un grand merci pour votre participation !

Titre : État des lieux du rôle de l'orthophoniste et de ses pratiques au sein d'une équipe en Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM)

Résumé : Les Unités d'Enseignement en Maternelle, créées dans le cadre du Troisième Plan Autisme, sont des dispositifs implantés en milieu ordinaire constituant une modalité de scolarisation pour les jeunes élèves avec des troubles du spectre de l'autisme (TSA). Les interventions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire associant des professionnels de l'éducation nationale et du secteur médico-social. L'orthophoniste, ayant un rôle essentiel dans l'intervention précoce des enfants avec TSA, a une place au sein de cette équipe. Or, nous n'avons que très peu d'informations quant à ses missions et leur mise en œuvre dans ce dispositif. Via un questionnaire adressé à ces orthophonistes, nous avons donc enquêté sur leurs rôles et pratiques en UEM. Nos résultats mettent en évidence l'implication de ce professionnel auprès des enfants et de leur famille, sa place au sein de l'équipe, sa participation à la mise en place d'adaptations, et sa mission dans le processus d'inclusion scolaire de ces enfants. Cependant, les réponses obtenues mettent en lumière des pratiques disparates au sein des différentes UEM. Différents facteurs pourraient expliquer cette hétérogénéité. Ainsi, il paraît difficile d'obtenir un profil type du rôle de l'orthophoniste dans ces unités.

Mots clés : orthophoniste – unité d'enseignement en maternelle – équipe – rôle – pratiques – enfants – TSA

Title : Overview of the role of the speech-language pathologist and his practices within a Structured Teaching Classroom (STC)

Abstract : The "Structured Teaching Classrooms", created within the framework of the Third Autism Plan, are facilities set up in an ordinary environment and they constitute a form of schooling for young students with autism spectrum disorders (ASD). Interventions are provided by a multidisciplinary team of professionals from the national education and medical-social sectors. The speech therapist, having an essential role in the early intervention of children with ASD, has a place in this team. However, we have very little information about their missions and their implementation in this system. Through a questionnaire addressed to these speech therapists, we therefore investigated their roles and practices in the STC. Our results bring out the involvement of this professional with the children and their families, his place within the team, his participation in the implementation of adaptations, and his mission in the school inclusion process of these children. However, the responses obtained highlight disparate practices within the different STC. Various factors could explain this heterogeneity. Thus, it seems difficult to obtain a typical profile of the role of the speech therapist in these units.

Keywords : speech therapist –structured teaching classroom – team – role – practices – children – ASD

Nombre de pages : 73. Nombre de références : 62

Unités de recherche