

Institut de Formation La Musse



**La communication de l'enfant TSA non verbal : un objectif commun
de la collaboration ergothérapeute-enseignant dans un contexte
d'école ordinaire**

Mémoire d'initiation à la recherche

VIGOR Lorelei
Etudiante ergothérapeute
Promotion 2023-2026

CHRETIEN Perrine
Maître de mémoire

Hôpital La Musse - Institut de Formation en Ergothérapie La Musse, Pôle de recherche
Saint Sébastien de Morsent, France



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dument signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e **VIGOR Lorelei**

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à **Poses** *Le* **08/05/26** *signature*

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Travail individuel

Je soussignée VIGOR Lorelei atteste



Ne pas avoir eu recours
à l'IA



Avoir généré ce travail
par l'IA



Avoir utilisé partiellement
l'IA



Si vous avez utilisé l'IA c'est à des fins de :

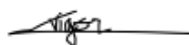
	Nom du/des sites utilisés
<input type="checkbox"/> Corrections orthographiques	
<input checked="" type="checkbox"/> Formulations – reformulations	Scribbr/Quillbot
<input type="checkbox"/> Créations de titres	
<input type="checkbox"/> Structurations de paragraphes	
<input type="checkbox"/> Recherche de thématiques	
<input type="checkbox"/> Recherche de bibliographie	
<input type="checkbox"/> Autre(s), précisez :	

Je certifie avoir vérifié et corrigé l'ensemble du contenu et en assumer l'entière responsabilité.

Le 08/05/26

A Poses

Signature



Remerciement :

Avant toute chose, je tiens à exprimer mes profonds remerciements à toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de ces 3 années de formations ainsi que pendant l'écriture de ce mémoire.

Je remercie particulièrement, Chrétien Perrine, maître de mémoire, pour sa disponibilité, son accompagnement, ses précieux conseils et son soutien durant la réalisation de ce travail.

Je remercie profondément les six ergothérapeutes et l'enseignant qui se sont rendus disponibles pour participer à cette étude. Leurs retours d'expériences, leurs échanges et leurs conseils ont grandement contribué à la richesse de ce travail et m'ont permis d'approfondir ma réflexion.

Je remercie également individuellement chacun des responsables pédagogiques de l'IFE pour leur encadrement, leur exigence et la qualité de leur enseignement qui m'ont permis d'évoluer tout au long de cette formation et qui me permettent aujourd'hui d'être fière de ce travail.

Mes sincères remerciements à tous mes tuteurs de stage, qui m'ont chacun apporté dans ma pratique professionnelle. Leur accompagnement, leurs conseils, leur confiance m'ont conforté dans mon choix d'exercer ce beau métier.

Je souhaite adresser un remerciement tout particulier à mes parents et ma sœur, pour leur amour, leur soutien, leur confiance sans faille durant toutes ces années. Leur présence et leur encouragement ont été une véritable force au quotidien.

Je remercie également mon compagnon pour son écoute, sa bienveillance, sa présence et son soutien qui m'ont permis de toujours croire en moi. Il a été un véritable pilier dans cette aventure.

Enfin mes derniers remerciements vont à mes amis de formation, merci pour tous les moments de partage, pour tous ces rires, vos conseils, votre présence, vos encouragements et votre bonne humeur quotidienne. Votre soutien a grandement contribué à la réussite de ce travail.

**« Si une personne ne peut pas apprendre de la manière dont nous enseignons,
alors nous devons enseigner de la manière dont elle apprend. »**

O. Ivar Lovaas

« Ne pas pouvoir parler ne signifie pas n'avoir rien à dire. »

Rosemary Crossley.

Table des matières

Introduction	1
1. Cadre contextuel.....	2
2. Cadre conceptuel.....	3
3.1. Comprendre l'enfant TSA non verbal.....	3
3.1.1. La sémiologie et étiologie du TSA.....	3
3.1.2. Diagnostic du TSA	4
3.1.3. La communication chez l'enfant TSA non verbal	4
3.2. L'inclusion scolaire des enfants TSA non verbaux	5
3.2.1. Pourquoi l'inclusion scolaire en milieu ordinaire des enfants TSA ?	5
3.2.2. L'impact de la scolarisation en milieu ordinaire sur l'enfant TSA non verbal	6
3.2.3. Les "temps de groupe"/activités collectives en classe :	8
3.3 La communication alternative et améliorée (CAA)	8
3.3.1. Qu'est-ce que la communication alternative et améliorée (CAA) ?	9
3.3.2. À quoi sert la communication alternative et améliorée (CAA) ?	9
3.3.3. La communication alternative et améliorée et l'autisme.....	10
3.3.4. Implémentation de la CAA	11
3.4. L'ergothérapie et la collaboration avec l'enseignant pour une meilleure utilisation de l'outil de communication.....	12
3.4.1. Le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des enfants TSA non verbaux et dans la mise en place de l'outil de la communication alternative et améliorée (CAA) chez l'enfant TSA	12
3.4.2. L'ergothérapie et le modèle P4C	14
3.4.3. La collaboration enseignant - ergothérapeute.....	16
4. Question de recherche.....	17
5. Dispositif méthodologique.....	18
5.1. Objectif de la recherche	18
5.2. Choix de l'approche et de la méthode	19

5.3.	Choix de la population	19
5.4.	Choix de la technique et l’outil de recueil.....	20
5.5.	Démarche de recrutement	21
5.6.	Présentation de l’échantillon	23
6.	Analyse et interprétation des résultats	25
6.1.	Profil des enfants concernés par la communication alternative et améliorée (CAA).....	25
6.1.1.	Caractéristiques des enfants présentant un TSA non verbal.....	25
6.1.2.	Niveau de langage et particularités communicationnelles.....	25
6.1.3.	Modalités de communication non verbale et paraverbale utilisées	26
6.2.	Conséquences des difficultés de communication dans le contexte scolaire	26
6.2.1.	Impact sur la participation aux activités en classe.....	26
6.2.2.	Répercussions sur le comportement.....	27
6.2.3.	Difficultés dans les interactions avec les pairs	28
6.3.	Mise en place d’un outil de communication alternative et améliorée en milieu scolaire	28
6.3.1.	L’accompagnement spécifique de l’ergothérapeute autour de l’outil de CAA	28
6.4.	La collaboration interprofessionnelle autour de l’outil de CAA.....	29
6.4.1	Rôle de l’enseignant.....	29
6.4.2	Rôle de l’accompagnant d’élève en situation de handicap (AESH).....	30
6.4.3	Rôle de la famille	30
6.4.4.	Rôle de l’orthophoniste.....	31
6.5.	Partenariat entre l’ergothérapeute et l’enseignant dans l’utilisation de la CAA	31
6.6.	Effets de la mise en place de l’outil de communication alternative et améliorée	32
6.6.1.	Amélioration de la participation scolaire	32
6.6.2	Développement de l’autonomie	33
6.6.3	Renforcement de la confiance en soi	33

6.6.4 Amélioration des relations sociales	34
6.7. Développement des compétences communicationnelles grâce à la CAA.....	34
6.7.1 Développement des compétences communicationnelles interactives	34
6.7.2 Développement des compétences communicationnelles réceptives	35
6.8 Participation de l'enfant dans les activités collectives avec l'outil de communication.....	35
6.9 Apport du modèle P4C dans l'accompagnement des enfants utilisant la CAA.	36
7. Discussion	37
7.1. Lien entre concepts et pratique	37
7.2. Vérification des hypothèses	40
7.3. Limites et biais de l'étude.....	41
7.3.1. Limites	42
7.3.2. Biais.....	42
7.4. Perspectives.....	42
7.5. Projection professionnelle	43
8. Conclusion.....	44
9. Bibliographie.....	45

Liste des abréviations :

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire

ISAAC : International Society for Augmentative and Alternative Communication

CAA : Communication alternative et améliorée

ANFE : Association nationale française des ergothérapeutes

P4C : Partnering for change

AESH : Accompagnants d'élèves en situation de handicap

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

HAS : Haute autorité de santé

PECS : Picture Exchange Communication System

PPS : Projet personnalisé de scolarisation

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Introduction

L'ergothérapeute est un spécialiste de santé, dont l'objectif est de renforcer les compétences d'enfants et d'adultes en situation de handicap dans ses environnements quotidiens et dans ses activités de la vie quotidienne.

Le sujet qui m'intéresse, est l'enfant. Celui-ci répartit son temps entre l'école, la maison et ses loisirs. Ainsi, l'ergothérapeute peut intervenir auprès de tous ces milieux afin d'observer l'enfant et d'aménager son environnement dans chacun des endroits cités précédemment **(Durieux & Thomas, 2012)**. Dans ce mémoire, nous étudierons d'avantage la prise en soin de l'ergothérapeute au sein de l'école.

Depuis la loi du 11 février 2005, on note une augmentation importante des personnes en situation de handicap dans les établissements scolaires. Cependant, ces enfants scolarisés en milieu ordinaire se retrouvent généralement seuls à être porteur de handicap dans leur classe **(Durieux & Thomas, 2012)**.

Les enfants en situation de handicap rencontrent des difficultés à l'école en raison des différents troubles qui caractérisent leurs pathologies. Celles-ci peuvent générer une fatigabilité importante, une lenteur entraînant du retard, des difficultés d'apprentissage et de communication ou un retard intellectuel qui génèrent un écart important entre l'enfant et le restant de la classe **(Quelles Sont les Possibilités D'aménagements et D'adaptations? s. d.)**.

La prise en soin de l'ergothérapeute auprès des enfants porteurs de handicap en milieu ordinaire a pour but l'automatisation de l'enfant dans son rôle d'élève. Comme dit précédemment, l'enfant porteur de handicap peut se retrouver en difficultés par rapport aux autres élèves. Ainsi, l'ergothérapeute en collaboration avec l'enseignant va pouvoir proposer des aides techniques ou des aménagements afin de l'aider à surmonter celles-ci **(Durieux & Thomas, 2012)**.

Dans ce mémoire, je porterai mon attention sur les enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme non verbaux scolarisé en milieu ordinaire ainsi que sur la collaboration de l'ergothérapeute avec l'enseignant.

1. Cadre contextuel

Depuis la loi du 11 février 2005, tous les enfants en situation de handicap peuvent suivre une scolarité dans des établissements ordinaires, tout en bénéficiant d'aménagements favorisant leurs participations et leurs inclusions (**Inclusion Scolaire des Enfants et Adolescents En Situation de Handicap, 2024**).

Pour cela, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) est établi entre les enseignants, les parents et l'enfant. Celui-ci est adapté au profil de l'enfant afin de lui permettre une inclusion adaptée (*Durieux & Thomas, 2012*).

L'inclusion est orientée sur les potentialités et les besoins des personnes. Elle vise l'adaptation de l'environnement et la participation des différents acteurs pour que la personne, quelle que soit son handicap, ait sa place dans tous les lieux de la vie sociale (**Bouquet, 2015**).

Lors de mes stages, j'ai pu me rendre dans différentes écoles pour observer plusieurs enfants atteints d'autisme et étant non verbaux. J'ai pu m'apercevoir que les difficultés de communication de ces enfants entraînent souvent leur isolement au sein de la classe.

J'ai pu constater que le fait de ne pas réussir à se faire comprendre peut-être source de frustration chez l'enfant car il se sent incompris ou même parfois invisible des autres, ce qui peut favoriser des comportements problématiques pour se faire remarquer des autres (crier, taper, pleurer...).

On observe également une mise à l'écart de l'enfant, car, les autres rencontrent des difficultés à le comprendre par conséquent, ils vont moins aller vers lui. Cela m'a notamment interpellé lors des temps ou activités de groupe. J'ai senti les enfants dépourvus de solutions pour pouvoir communiquer avec les autres et donc pour participer.

Ici, je souhaite vivement m'intéresser aux différentes anomalies de la communication, à ses conséquences et à quelles solutions l'ergothérapeute peut apporter à l'enfant.

Ainsi, la question suivante se pose :

Comment les enfants TSA non verbaux participaient-ils aux activités collectives en classe, et avec quels outils de communication, l'ergothérapeute va-t-il favoriser l'inclusion de ces enfants lors des temps de groupe ?

2. Cadre conceptuel

3.1. Comprendre l'enfant TSA non verbal

Aujourd'hui, l'autisme aurait une prévalence de 4 à 5 enfants pour 10 000 naissances. Ainsi, l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) estime qu'il y aurait en France entre 6 200 et 8 000 enfants et 174 000 et 23 700 adultes atteints d'autisme (**Ferrari, P. 2023**).

3.1.1. La sémiologie et étiologie du TSA

Dans les années 1940, Léo Kanner et Hans Asperger sont des psychiatres qui ont pour la première fois, donné une définition ainsi que les caractéristiques spécifiques de l'autisme. Ils ont décidé de classer l'autisme dans les troubles neurologiques (**Cottraux, 2015**).

Puis, la médecine a évolué et le DSM-V a permis de donner une définition de l'autisme infantile qui se caractérise comme un « trouble envahissant du développement caractérisé par un développement anormal ou altéré, qui se manifeste avant l'âge de trois ans ». Ce trouble s'axe autour de deux grands domaines de symptômes appelés « dyade autistique » : Altération de la communication et des interactions sociales ainsi que des comportements, intérêts et activités restreintes et répétitives » (**Association et al., 2023**).

A ce jour, il est encore difficile de savoir l'étiologie précise de l'autisme. Plusieurs études montrent que l'autisme auraient une étiologie multifactorielle avec une prédominance sur le terrain génétique.

Aujourd'hui, il existerait 1 000 gènes impliqués dans l'autisme dont 149 qui sont présents de manière récurrente (**INSERM (Salle de presse), 2025**).

3.1.2. Diagnostic du TSA

Pour pouvoir diagnostiquer un trouble du spectre autistique, il faut que plusieurs critères soient repérés, ceux-ci sont rédigés dans le DSM-V (**voir annexe I**).

Afin de poser un diagnostic TSA, les symptômes doivent se manifester dès la période de développement de l'enfant, c'est-à-dire durant les premiers mois de sa vie.

Le diagnostic de l'autisme ne repose que sur des données comportementales. Il se base sur des observations, ainsi le diagnostic est difficile à établir, notamment si les comportements dits de type autistique ne se manifestent pas ou sont peu flagrants. En effet, si les demandes sociales n'excèdent pas les limites de l'enfant, des stratégies mises en place par celui-ci peuvent empêcher l'apparition des symptômes (**Cottraux, 2015**).

C'est pourquoi, certains enfants sont diagnostiqués tardivement, puisqu'ils développent des stratégies de compensation permettant de masquer certaines difficultés qui peuvent parfois passer inaperçues.

De plus, l'autisme présente des tableaux cliniques très hétérogènes. Chaque enfant autiste aura ses spécificités, nous ne pouvons pas nous référer à un enfant « type » (**Cottraux, 2015**). Ci-joint des tableaux comparant les stades de développement d'un enfant typique et d'un enfant TSA (**Voir annexe II**).

3.1.3. La communication chez l'enfant TSA non verbal

L'un des critères symptomatologiques de l'enfant TSA est l'altération globale des capacités de communication. L'enfant va présenter un trouble de la communication et du langage qui va être caractérisé par un langage qui n'apparaît pas à l'âge habituel et qui ne se développe pas correctement. (**Blanc, R. (2015)**). Vers 12 mois, l'enfant produit généralement une petite dizaine de mot et 50 mots de plus 6 mois plus tard. Entre 24 et 30 mois, l'enfant va produire entre 300 et 500 mots (**Kern, S. (2019)**).

Sur le plan évolutif, certains enfants non verbaux développent avec le temps un langage rudimentaire, mais pour d'autres, la communication reste essentiellement non verbale. (**Blanc, R. (2015)**). En effet, seul 50% des enfants atteints d'autisme développent un langage oral (**Tager-Flusberg, H., & Kasari, C. (2013)**).

Les autres vont utiliser la communication paraverbale. Celle-ci regroupe les gestes, les mimiques, les postures, la distance interpersonnelle, les regards ... (**Cuny,**

F., & Gasser, F. (2000). Chez le jeune enfant, elle va également se caractériser par le pointage, l'imitation, le regard, l'attention conjointe...

L'atteinte de la communication va avoir de fortes répercussions sur le développement social et cognitif lors de la scolarisation de l'enfant. Au niveau comportemental, l'incapacité à exprimer ses besoins, ses émotions, ses pensées va se caractériser par des pleurs, des cris, de l'agitation, de l'autostimulation ou de l'auto-agressivité. Sur le plan social, cela peut contraindre l'enfant à un isolement car il est limité dans ses interactions, ou encore à une incompréhension des autres qui suscite un rejet ou du harcèlement.

3.2. L'inclusion scolaire des enfants TSA non verbaux

3.2.1. Pourquoi l'inclusion scolaire en milieu ordinaire des enfants TSA ?

Aujourd'hui, malgré de nombreux dispositifs mis en place pour faciliter le parcours des enfants en situation de handicap, les places en établissements médico-sociaux se font rares. Certains enfants vont se retrouver pendant des années sur liste d'attente, et les parents se retrouvent dépourvus de solutions avec des enfants ayant des besoins particuliers (**Assemblée nationale, 2023**).

C'est pourquoi de plus en plus de parents décident de scolariser leurs enfants en milieu ordinaire afin qu'ils bénéficient d'enseignements, de socialisation, de solutions...Et, cela est possible depuis la loi du 11 février 2005 qui autorise la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire.

L'apprentissage et l'enseignement sont des éléments fondamentaux dans le développement personnel et l'acquisition de nouvelles connaissances dans la vie d'un enfant y compris les enfants avec un handicap qui nécessitent une prise en charge spécifique (**Benoit, J. 2018**).

Plusieurs moyens existent pour scolariser un enfant en situation de handicap :

- Uniquement scolarisé en milieu ordinaire, c'est-à-dire dans un établissement scolaire.
- Scolarisé en alternance, l'enfant effectue la moitié de sa scolarité dans un établissement scolaire puis l'autre dans un établissement médico-social.
- Scolarisé dans un établissement médico-social (**Caraglio, M. 2019**).

Grâce à la loi du 11 février 2005, les enfants en situation de handicap peuvent bénéficier de la scolarisation en milieu ordinaire avec des aménagements et des

adaptations nécessaires, dans le but d'être reconnu au même titre que les autres enfants **(Caraglio, M. 2019)**.

L'école inclusive, est définie comme une politique éducative visant à offrir à chaque élève, quels que soient ses besoins, les conditions d'une scolarité optimale en milieu ordinaire, grâce à des adaptations structurelles, organisationnelles et pédagogiques. « Ce ne sont pas les élèves qui s'adaptent aux besoins du système, mais chaque école qui doit s'adapter aux spécificités des élèves et doit mettre en place tous les dispositifs nécessaires à leur scolarisation et à leur réussite » **(Najat Vallaud-Belkacem, Ministre de l'Education Nationale, 2014)**.

L'enfant peut être scolarisé directement dans une classe ordinaire où il reçoit le même programme scolaire que le reste de la classe, ou il peut bénéficier des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Ces unités sont incluses dans les établissements scolaires ordinaires mais reçoivent les enfants ayant besoin d'un enseignement adapté. Nous pouvons y retrouver tous types de handicap notamment les enfants atteints d'autisme **(Caraglio, M. 2019)**.

3.2.2. L'impact de la scolarisation en milieu ordinaire sur l'enfant TSA non verbal

Le concept d'inclusion fait encore débat aujourd'hui, certains pensent que l'inclusion est indispensable, car elle présente de nombreux avantages pour les personnes en situation de handicap. D'autres pensent que le système scolaire n'est pas encore adapté aux différents symptômes des enfants atteints de handicap.

D'après l'**UNESCO** (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) en 2006, l'inclusion est considérée comme un processus visant à tenir compte de la diversité des besoins de tous les apprenants et à y répondre par une participation croissante à l'apprentissage, aux cultures et aux collectivités, et à réduire l'exclusion qui se manifeste dans l'éducation.

L'inclusion scolaire offre de nombreux bienfaits à l'enfant TSA non verbal, le fait d'être en classe avec d'autres enfants lui permet de recevoir des stimulations sociales importantes permettant de développer ses compétences de communication et d'interaction sociale même si le langage verbal reste déficitaire. En effet, être en groupe va lui permettre d'améliorer sa communication non verbale en s'appuyant sur

l'imitation. De plus, il va pouvoir développer ses compétences cognitives grâce à l'enseignement proposé **(Cappe, É., & Boujut, É. 2016)**.

Cependant, l'équipe de recherche citée ci-dessous a constaté qu'aujourd'hui, les écoles ne seraient pas encore adaptées aux enfants atteints d'autismes. En effet, ils auraient observé un déséquilibre entre les caractéristiques de l'enfant autiste, l'environnement physique et social de l'école, les routines et les activités de l'école **(Grandisson et al., 2020)**.

Le fait de mettre un enfant TSA en milieu ordinaire n'aura pas un effet optimal si le milieu n'est pas adapté. L'enfant TSA a des besoins particuliers : besoin de communication adaptée, besoins éducatifs spécifiques, besoin d'encouragement, besoin de stimulation, pas de surstimulation sensorielle, besoin de routine...

C'est pourquoi, il est indispensable que l'enseignant transforme sa dynamique pédagogique et qu'il soit pleinement impliqué dans l'inclusion de l'enfant TSA par des stratégies d'enseignement adaptées. Cela nécessite que l'enseignant soit formé **(Cappe, É., & Boujut, É. 2016)**. Cependant, encore aujourd'hui, trop peu d'enseignants sont formés au handicap. Les enseignants expriment être démunis face à des enfants en situation de handicap notamment à cause d'un manque de formations et de ressources. Cela empêche les enseignants d'accueillir de façon optimale un enfant en situation de handicap mais aussi de lui apporter une pédagogie adaptée à ses besoins. Cela montre donc l'importance de la collaboration avec les autres professionnels de santé.

Afin de répondre à ces difficultés, lors du quatrième plan autisme, intitulé « Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement », plusieurs décisions ont été prises afin de construire une école davantage inclusive. Pour cela, différentes mesures ont été décidées :

- Amplifier l'accès des enfants autistes à l'école par la création de dispositifs variés de scolarisation,
- Personnaliser les parcours pour assurer leur continuité jusqu'à l'insertion professionnelle et la participation sociale,
- Former les professionnels de l'ensemble du parcours **(Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018)**

3.2.3. Les "temps de groupe"/activités collectives en classe :

En maternelle, la pédagogie est accentuée vers les temps de groupe et les activités collectives. En effet, celles-ci permettent de mobiliser différentes compétences telles que : les compétences psycho-sociales, la sécurité affective, l'estime de soi, l'appartenance à un groupe, la compréhension des autres, la communication efficiente, la coopération ... Ces compétences sont favorisées par les travaux de groupe, les échanges, l'entraide. Cependant, le langage prend une place importante dans le développement de ces compétences (**Bellanger, S. 2022**).

Par ailleurs, chez l'enfant TSA non verbal, le langage fait défaut. Cela va donc avoir un impact important lors des temps de regroupement ou lors des activités collectives. La participation de l'enfant va être limitée et cela va provoquer un comportement de retrait. Lorsque les activités (jeux de société, activités manuelles, sport, musique...) reposent sur de la parole ou des échanges rapides, l'enfant va être mis à l'écart car ses camarades ne vont pas le solliciter. Cela peut également arriver lors des temps de jeu à plusieurs, l'enfant ne va pas réussir à initier un rapprochement grâce à la parole, ce qui limite grandement les liens sociaux.

C'est pourquoi, il serait intéressant de proposer à l'enfant un moyen de compenser ce manque de communication.

3.3. La communication alternative et améliorée (CAA)

La communication permet d'échanger, de transmettre et d'informer. Selon **Jakobson**, 3 éléments principaux sont nécessaires : Un émetteur qui transmet un message, le message (le contenu transmis) et le récepteur qui reçoit et interprète le message. Cela passe par la parole, mais celle-ci s'accompagne de nombreux signaux tels que les gestes, les mimiques, le rythme de la voix, les postures... que l'on appelle communication non verbale (**Joly, B. 2009**).

La communication permet d'établir des relations, d'avoir des échanges ou de transférer des informations. Pour cela, un lien étroit doit s'instaurer entre un émetteur et un récepteur, chacun jouant un rôle bien défini permettant d'effectuer l'acte de communiquer. L'émetteur lui doit coder un message habituellement par l'usage de l'expression verbale mais aussi grâce à d'autres moyens comme les gestes, une intention, des mimiques, l'écrit ... et récemment par l'utilisation de la technologie (**Joly,**

B. (2009). Le récepteur lui doit décoder cette intention afin de comprendre le message transmis. Inévitablement, la communication passe essentiellement par la vue et par l'ouïe (**Cazeneuve, J. (1963).**

Aujourd'hui la communication n'est plus considérée comme une activité unique, mais comme un processus utilisé dans toutes les activités de la vie quotidienne (**Light, J., & McNaughton, D. (2012).**

3.3.1. Qu'est-ce que la communication alternative et améliorée (CAA) ?

Selon l'ISAAC, la CAA « recouvre tous les moyens humains et matériels permettant de communiquer autrement ou mieux qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés ou absents ».

La communication alternative et améliorée permet de compenser les incapacités langagières qu'elles soient temporaires ou permanentes, les limitations aux activités et la participation des personnes souffrantes de troubles du langage et de la parole que ce soit en expression et/ou compréhension à l'écrit ou à l'oral (**Beukelman & Mirenda, 2017b**). On parle de suppléance ou de soutien à la communication orale et écrite.

La CAA peut être proposée à tous les individus lorsqu'ils se trouvent limités dans leurs communications. La CAA peut remplacer la communication ou suppléer le langage au niveau du vocabulaire.

3.3.2. À quoi sert la communication alternative et améliorée (CAA) ?

La CAA a pour objectif d'améliorer et d'accroître la qualité et la quantité des capacités communicatives au quotidien.

Ces moyens de communication peuvent avoir une fonction alternative, en offrant à des personnes dépourvues de langage oral, la possibilité d'initier et de maintenir la communication, ou une fonction améliorée, en venant renforcer et enrichir les capacités langagières existantes de la personne (**Beukelman & Mirenda, 2017**).

Aujourd'hui, il existe de nombreuses formes de CAA, toutes très différentes les unes des autres. Celles-ci peuvent se présenter avec ou sans aide :

- La CAA sans assistance, se qualifie par la non-utilisation de matériel ou de technologie. Celle-ci se présente sous la forme de vocalises, de gestes, de signes, de codes, d'expressions faciales ...
- La CAA avec assistance, requiert du matériel, un équipement ou une technologie. Elle se classe selon deux types :
 - Les basses technologies comme les tableaux de communication ou les systèmes d'échange d'image (PECS, alphabet papier, bande phrase, carte de choix, tableaux dynamiques à organisation pragmatique...)
 - Les hautes technologies, ce sont des dispositifs informatiques ou des technologies mobiles intégrant des systèmes de générateurs vocaux. Ces technologies proposent un large choix d'applications de CAA ou de support de communication. En effet, la CAA avec aide à divers moyens pour représenter les concepts lexicaux (photographies, images, symboles, mots écrits)

Ces technologies peuvent être organisées et présentées en fonction des envies et des capacités de l'enfant. En effet, la CAA peut être rendu accessible par divers moyens (yeux, doigts, outils...) **(Beukelman, DR, et Mirenda, P. 1998)**.

Selon l'étude suivante, la CAA a de nombreux bienfaits pour l'enfant. Elle va permettre d'améliorer la communication, en apportant un soutien au développement du langage, une augmentation de la participation sociale et diminuer l'isolement. **(Beukelman, DR, et Mirenda, P. 1998)**.

3.3.3. La communication alternative et améliorée et l'autisme

L'étude suivante montre que l'utilisation de la CAA va avoir des bienfaits sur les compétences de communication des enfants atteints d'autisme. Les prises en soin proposant de mettre en place une CAA, vont apporter des améliorations. Au vu des profils hétérogènes dans l'autisme, les résultats vont varier selon le contexte, l'environnement, la personne ou encore le dispositif. L'étude montre également qu'il n'y a pas de différence significative selon les âges. Les effets sont similaires que ce soit auprès d'un enfant en maternelle ou au lycée **(Ganz et coll. 2017)**

L'HAS recommande « La mise à disposition le plus tôt possible dans le cadre de tout projet personnalisé d'outils de communication alternative ou améliorée, est

recommandée, en veillant à la généralisation de leurs utilisations dans les différents lieux de vie de l'enfant ». L'enfant passe une grande partie de son temps à l'école, c'est pourquoi, il est pertinent de s'intéresser à la mise en place de la CAA par l'ergothérapeute en collaboration avec l'enseignant.

3.3.4. Implémentation de la CAA

Comme évoqué précédemment, pour que la CAA puisse apporter des améliorations, l'environnement va jouer un rôle essentiel. En effet, le développement des compétences communicationnelles nécessite des interactions sociales régulières et de qualité notamment avec l'entourage de l'enfant : parents, équipe éducative ou encore ses camarades d'école. Toutes personnes dialoguant avec une personne utilisant un système de CAA, se nomme « partenaire de communication » **(Maillart & Fage, 2020)**.

Afin de pouvoir communiquer de manière efficiente, l'enfant ainsi que les partenaires de communication doivent utiliser l'outil de communication. Ainsi, l'ergothérapeute va avoir pour rôle de former l'enfant ainsi que son entourage social. Le but étant de proposer des dialogues à l'enfant qui vont soutenir l'utilisation de l'outil pour des questions (initier le dialogue) et des réponses **(Maillart & Fage, 2020)**.

L'un des objectifs principaux de l'ergothérapeute va être d'apprendre à l'entourage comment fournir des opportunités de communication à l'enfant. En effet, la participation active du partenaire de communication est un critère permettant une communication réussie via la CAA. L'étude suivante montre qu'un entourage formé et soutenant permet une évolution plus importante de l'utilisation de l'outil par l'enfant que lorsqu'il ne l'est pas **(Maillart & Fage, 2020)**.

L'enseignant est la personne référente à l'école, lieu où l'enfant passe le plus clair de son temps. Ainsi la partie suivante, s'intéressera au partenariat ergothérapeute-enseignant.

3.4. L'ergothérapie et la collaboration avec l'enseignant pour une meilleure utilisation de l'outil de communication

3.4.1. Le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des enfants TSA non verbaux et dans la mise en place de l'outil de la communication alternative et améliorée (CAA) chez l'enfant TSA

Selon l'**ANFE**, l'ergothérapie prend en compte l'interaction entre la personne, l'activité et son environnement (...) « Elle a pour objectif de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement ».

Il est donc important que l'ergothérapeute puisse travailler au cœur même des lieux d'intégration de l'enfant. Depuis la loi de 2005, la scolarisation en milieu ordinaire des enfants porteurs de handicap est possible, c'est pourquoi, l'ergothérapeute a toute sa place dans l'accompagnement de l'enfant autiste à l'école. Cela est également confirmé dans le dernier plan autisme sorti en 2018.

Il va permettre d'améliorer leurs capacités et de réduire les déficits fonctionnels en mettant en place des adaptations pour que la personne puisse réaliser la tâche et réduire les situations de handicap.

La mise en place d'un dispositif de CAA nécessite une évaluation des capacités et des besoins par l'ergothérapeute en collaboration avec l'orthophoniste. En effet, à travers l'évaluation de la communication de l'enfant, l'orthophoniste va pouvoir estimer l'évolution de l'enfant, dresser son profil de communication (points forts/axes d'améliorations). L'ergothérapeute toujours en partenariat, va définir la CAA la plus appropriée en fonction de ses besoins, de ses compétences, de ses capacités comme la coordination oculo-motrice ou la coordination bimanuelle et de son environnement.

De plus, l'ergothérapeute, va s'assurer que l'enfant est en capacité physique de pouvoir utiliser son outil en autonomie.

Il va également définir la place que prendra l'outil dans le quotidien de l'enfant. Le but étant de l'intégrer aux routines et aux habitudes de la vie de l'enfant. Pour cela, il est indispensable que l'ergothérapeute prenne le temps de sensibiliser les personnes qui entourent l'enfant, c'est-à-dire les parents et les enseignants.

La personnalisation de l'outil est indispensable, pour cela, l'ergothérapeute doit identifier le niveau de développement de l'enfant pour que celui-ci soit adapté. Il est important de répondre aux besoins de communication de l'enfant pour que celui-ci puisse exprimer ce qu'il y a de plus important.

Il faut tout de même rester lucide sur le fait qu'instaurer un outil de CAA facilitera certes la mise en place d'une forme de communication et donc une meilleure participation de l'enfant dans les activités proposées mais l'outil tout seul ne fonctionnera pas. En effet, savoir seulement utiliser l'outil technologique ne suffira pas à l'enfant pour devenir un communicateur compétent **(Beukelman & Light, 2020)**.

L'enfant va devoir bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire individualisée, adaptée, progressive et continue. Cette prise en soin va permettre de développer les compétences communicationnelles de l'enfant et donc une utilisation efficace de l'outil. Avoir de bonnes compétences communicationnelles réside dans le fait de savoir transmettre un message clair de manière efficace et que cela s'applique à tous les domaines de la communication (besoins, souhaits, informations, relations, dialogue...) **(Beukelman & Light, 2020)**.

Selon **Light & McNaughton (2014)**, les compétences communicationnelles reposent sur 4 domaines :

- Le domaine linguistique c'est-à-dire la capacité de compréhension et d'expression
- Le domaine opérationnel renvoie aux compétences techniques permettant d'utiliser la CAA
- Le domaine social comprenant les compétences socio-linguistiques (la pragmatique) et les compétences socio-relationnelles
- Le domaine stratégique correspond aux stratégies compensatoires permettant de détourner un problème lié à la technologie ou aux difficultés de langage

Après d'enfants TSA non verbaux, l'utilisation efficace d'un outil de communication nécessite énormément de temps. La prise en soin pluridisciplinaire est indispensable si l'on veut obtenir le développement des compétences communicationnelles. Cela va avec le fait d'utiliser constamment son outil, la pratique permettra une utilisation efficiente sur le long terme.

Le fait de réussir à initier ou maintenir un dialogue peut prendre des années, l'enfant commencera par simplement utiliser des mots, puis des combinaisons de mots et pour finir des phrases. Le développement des compétences communicationnelles est un processus long et difficile (**Beukelman & Light, 2020**).

3.4.2. L'ergothérapie et le modèle P4C

Afin d'appuyer mes propos sur l'importance de la collaboration des ergothérapeutes avec les enseignants, se référer au modèle P4C prend tout son sens. Le modèle **Partnering for change** est un modèle ergothérapeutique créé en 2008 par Ontario neurotroma foundation. En français, le modèle se nomme « Partenariat pour le changement ». C'est un modèle de prestation de services de réadaptation pour des enfants ayant des besoins particuliers notamment dans les écoles, afin qu'ils puissent accomplir des activités de la vie quotidienne (**The P4C Model | Partnering For Change, s. d.**).

Le modèle P4C met en avant 4 objectifs principaux :

- Accroître l'identification précoce des élèves ayant des besoins particuliers
- Renforcer la capacité des éducateurs et des familles à comprendre et à gérer les besoins des enfants.
- Prévenir les conséquences secondaires et faciliter la gestion de soi et de la famille
- Améliorer la capacité des enfants à participer avec succès à l'école

Le modèle s'appuie sur la représentation suivante : (**voir annexe III**) (**The P4C Model | Partnering For Change, s. d.**).

Le cercle extérieur : représente le partenariat entre tous les professionnels et les parents. Il montre le fait de collaborer pour permettre la participation et l'inclusion de l'enfant dans ses environnements.

La pyramide du modèle P4C s'appuie sur deux axes principaux :

La construction de relation : L'ergothérapeute par sa présence, son écoute et sa disponibilité doit réussir à créer une relation de confiance avec l'enseignant et les parents. Celle-ci permet de construire une base solide à la pyramide pour faciliter les

interactions, le partage de compétences/ressources/connaissances et l'application des adaptations proposées.

La traduction des connaissances: L'ergothérapeute doit transmettre les connaissances, les conseils, les adaptations, les stratégies et les aménagements permettant la participation des enfants en difficulté à l'enseignant, l'AESH et aux parents. Les informations doivent être transmises de manière claire et simple, afin qu'elles puissent être comprises et appliquées par tous. Le but étant de renforcer les capacités et les compétences des autres pour améliorer la participation des élèves.

Le modèle P4C se base sur une pyramide de réponse à l'intervention comportant 3 niveaux :

La conception universelle pour l'apprentissage (1^{er} niveau): vise à promouvoir des cours, des supports, des outils qui conviennent à tous les élèves. L'objectif étant de permettre l'apprentissage et la participation de tous, sans prendre en compte les capacités et les besoins. Les stratégies et conseils émis sont bénéfiques pour tous et indispensables pour les élèves en difficulté, cela permet le plein engagement de la classe.

Instruction différenciée (2^{ème} niveau): s'adresse à un plus petit groupe d'élève, ceux encore en difficulté malgré ce qui a été mis en place lors du 1^{er} niveau. Ici, l'enseignant et l'ergothérapeute collaborent pour trouver de nouvelles stratégies, adaptations, méthodes... Ensemble, ils essaient de comprendre les obstacles mettant les enfants en difficulté et décident si une prise en charge individualisée est nécessaire.

L'hébergement (3^{ème} niveau): s'adresse aux enfants ayant des besoins spécifiques. Ici l'ergothérapeute propose des prises en soin individuelles, tout en restant dans le partenariat. L'objectif étant de trouver des adaptations et des aménagements convenant seulement à cet enfant, et ensuite de la partager aux parents et à l'enseignant afin de les pérenniser.

Les flèches: Montre que l'intervention part du global (de la classe) pour aller vers le spécifique (séance individuelle), afin de répondre aux besoins de tous.

En résumé: Le P4C insiste sur le fait que le travail de collaboration, le partage de connaissances, la mise en place de relation entre l'établissement et le thérapeute permet de plonger les enfants dans des environnements favorisant le développement

de toutes leurs capacités. Le travail de collaboration permet à l'ergothérapeute de faire évoluer son travail plus rapidement auprès de l'enfant en prodiguant des conseils à l'enseignant sur les besoins de l'enfant qui lui, pourra plus facilement le mettre en place dans le contexte scolaire.

Le but étant de travailler en **partenariat** pour **renforcer** les capacités de l'enfant en **collaborant** et en **coachant** les enfants dans un **contexte** scolaire (**The P4C Model | Partnering For Change, s. d.**).

3.4.3. La collaboration enseignant - ergothérapeute

Comme évoqué précédemment, l'ergothérapeute exerce un rôle important au sein de l'environnement scolaire. En partenariat avec l'équipe pédagogique, il va apporter des adaptations afin de permettre le bien-être et la participation optimale des élèves. La collaboration avec l'enseignant est primordiale car c'est lui qui est au premier plan de la vie de l'élève. Celle-ci favorise la création de partenariats profitables aux élèves, grâce au partage des compétences, ce qui renforce l'efficacité des interventions (**Jasmin et al., 2019**).

L'ergothérapeute peut intervenir selon différentes formes. Selon un modèle traditionnel, l'ergothérapeute intervient auprès de l'enfant en difficulté mais à l'extérieur de la classe, en optant pour une thérapie individuelle où il apporte ses adaptations et ses recommandations à l'enfant (**Jasmin et al., 2019**).

Ou selon un modèle de service collaboratif, l'ergothérapeute va travailler en partenariat avec l'enseignant. Ensemble, ils visent à favoriser l'épanouissement scolaire de l'enfant, son insertion dans le groupe classe, son bien-être et son autonomie (**Jasmin et al., 2019**).

Dans l'étude suivante menée par **Bolton et Plattner (2020)**, des ergothérapeutes ainsi que des enseignants ont pu être interrogés afin d'avoir le point de vue des deux professions quant à l'intervention de l'ergothérapeute à l'école. Il ressort que les enseignants perçoivent la présence de l'ergothérapeute comme un avantage majeur. En effet, celui-ci représenterait un soutien essentiel et bénéfique à la participation des élèves en difficulté grâce à la mise en place d'outils ou de conseils adaptés et centrés sur les besoins de l'enfant.

Lorsqu'une approche collaborative est utilisée, les enseignants évoquent que leurs compétences et leur compréhension face à des enfants en difficulté sont améliorées. De plus, grâce aux conseils transmis par les ergothérapeutes et par l'observation des interventions proposées dans leurs classes, les enseignants évoquent se sentir en capacité de pouvoir reproduire certaines stratégies **(Benson, J. (2013))**.

L'ergothérapeute va expliquer à l'enseignant ce qui a pu être mis en place avec l'enfant, l'objectif étant que l'enseignant puisse le reproduire au sein de sa classe avec les adaptations proposées.

Lorsque l'outil est implanté dans le quotidien de l'enfant et qu'il est utilisé quotidiennement en classe, l'évolution sera forcément plus importante que si l'outil était utilisé une fois par semaine en séance d'ergothérapie. De plus, l'outil sera plus fonctionnel puisqu'il sera implanté dans tous les milieux de vie de l'enfant.

Les résultats de l'étude font échos au modèle P4C, en effet, le partenariat entre l'équipe éducative et l'ergothérapeute est bénéfique aux enfants en difficultés, car le partage de connaissances et de compétences de chacun va permettre de former un environnement soutenant. Celui-ci va permettre à l'enfant d'évoluer dans un environnement favorisant l'amélioration de ses compétences/capacités. Chacun pourra apporter des adaptations à l'enfant en prenant en compte les conseils de tous.

4. Question de recherche

Le cadre conceptuel ainsi que le modèle P4C mettent en lumière que la collaboration ergothérapeute-enseignant a un impact positif dans la mise en place d'un outil de CAA auprès d'un enfant TSA non verbal. Le partenariat des deux professions permet de mettre à profit les connaissances et compétences de chacun pour en faire bénéficier l'enfant en difficulté.

Afin de construire ma question, j'ai souhaité m'appuyer sur ce qui était fait dans les écoles ordinaires.

J'ai choisi de réaliser une pré-enquête sous forme de questionnaire **(voir annexe IV-V)**. Celle-ci m'a permis de comprendre ce qui était effectué par les ergothérapeutes diplômés sur le terrain. Pour pouvoir y répondre, les ergothérapeutes devaient avoir

déjà mis en place une CAA auprès d'un enfant TSA non verbal en milieu scolaire ordinaire.

Les réponses mettent en avant le fait que le partenariat avec l'enseignant est indispensable notamment pour adapter l'outil de communication à l'environnement « classe » mais aussi pour donner des conseils à l'enseignant qui va permettre de pérenniser l'outil dans le temps. Les ergothérapeutes notent que la mise en place de l'outil permet des biens-faits sur les plans suivants : autonomie, communication, comportement, engagement dans les activités et sur les relations sociales.

Ci-dessus, nous avons pu voir qu'il existe plusieurs types d'outil de communication. Ici, sur 7 ergothérapeutes, 5 avaient déjà mis en place une tablette avec divers logiciels, c'est l'outil de communication qui a été le plus mis en place avec les classeurs de communication.

Ainsi, toutes ces réponses m'ont permis d'affiner ma question de recherche.

Qui est la suivante :

« Quel est l'impact de l'introduction d'un outil de communication, mis en place dans le cadre d'une collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant, sur la participation des enfants TSA non verbaux aux activités collectives en école ordinaire ? »

Cette question de recherche amène donc à deux hypothèses :

Hypothèse 1 : La mise en place d'un outil de CAA, co-construit par l'ergothérapeute et l'enseignant, influence positivement la participation des enfants TSA non verbaux lors d'activités collectives en classe ordinaire.

Hypothèse 2 : L'utilisation d'un outil de CAA auprès d'enfants TSA non verbaux soutient le développement de leurs compétences communicationnelles ce qui contribue à leurs participations dans les activités collectives.

5. Dispositif méthodologique

5.1. Objectif de la recherche

L'objectif de la partie suivante, va être de mettre en relation des données collectées sur le terrain avec les données du cadre conceptuel, recueillies dans des

ouvrages, s'appuyant sur des fondements théoriques. L'analyse des résultats permettra de valider ou d'invalider les hypothèses de recherches formulées précédemment.

5.2. Choix de l'approche et de la méthode

Une approche hypothético-déductive a été choisie, celle-ci se compose de quatre phases, permettant d'obtenir des résultats et donc des réponses au questionnement posé.

La première phase consiste à réaliser un cadre contextuel et conceptuel à partir de plusieurs lectures d'ouvrages, d'articles ou de textes scientifiques, qui permettent de recueillir des données et ainsi d'authentifier les propos écrits. Elle permet de formuler une problématique ainsi que des hypothèses, qui pourront être validées ou non grâce à l'analyse de nos résultats.

La deuxième phase consiste à construire un dispositif méthodologique, qui permet de recueillir des données empiriques, qui s'appuient sur de l'observation ou de l'expérience (des faits réels). Ici, nous allons nous appuyer sur un dispositif méthodologique partant d'une méthode qualitative. C'est une méthode d'exploration qui vise à comprendre des faits sociaux non mesurables à travers l'analyse d'expériences, de perceptions ou de comportements humains. Dans cette recherche, ce sera à travers l'expérience et le sens que les ergothérapeutes vont donner à leurs pratiques. Pour cela, il existe des techniques de recherche qualitative, qui nous amène à la phase trois, qui permet un recueil de données à travers différentes méthodes : des entretiens, des questionnaires, des sondages...

La passation de ceux-ci doit se faire auprès d'ergothérapeutes qualifiés dans le domaine de notre recherche, c'est pourquoi des critères d'inclusions et d'exclusions sont réalisés. Ils permettent de border les personnes à interroger.

La phase quatre consiste à analyser et à interpréter les différents résultats obtenus, il est également important de les confronter aux données récoltées grâce aux lectures scientifiques. Ces résultats permettront de valider ou d'invalider les hypothèses.

5.3. Choix de la population

Le choix de la population s'est fait grâce à des critères d'inclusion et d'exclusion. Ils vont nous permettre de former un échantillonnage pouvant être interrogé. Le choix de celui-ci a été fait dans le but de recueillir des données de professionnels répondant à la recherche.

Dans cette recherche, des ergothérapeutes et des enseignants sont interrogés :

Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'échantillonnage des ergothérapeutes :

<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion :</u>
<p>Être ergothérapeute diplômé d'état</p> <p>Exercer auprès d'enfants atteints d'autisme</p> <p>Avoir déjà mis en place un outil de CAA auprès d'enfants autistes non verbaux</p> <p>Avoir déjà mis en place un outil CAA dans le milieu ordinaire</p>	<p>Exercer hors du territoire français</p> <p>Avoir mis en place des CAA auprès d'adolescents</p> <p>Avoir mis en place des CAA auprès d'enfants atteints d'une pathologie autre que l'autisme</p> <p>Avoir mis en place une CAA dans un autre contexte que le milieu ordinaire</p>

Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'échantillonnage des enseignants :

<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion :</u>
<p>Avoir un diplôme dans l'enseignement</p> <p>Exercer dans une école ordinaire ou structure en inclusion</p> <p>Accueillir un enfant autiste non verbale au sein de sa classe</p> <p>L'enfant accueilli doit avoir un outil de communication</p> <p>L'enfant accueilli doit être suivi par un ergothérapeute</p>	<p>Exercer hors du territoire français</p> <p>Exercer l'enseignement dans un autre contexte que le milieu ordinaire</p> <p>Accueillir un enfant avec un outil de communication ayant une autre pathologie que l'autisme</p>

5.4. [Choix de la technique et l'outil de recueil](#)

Afin de répondre à ma question de recherche ainsi qu'à mes hypothèses, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directif.

L'entretien semi-directif consiste en un dialogue verbal entre un enquêteur et un enquêté, l'enquêteur adopte une attitude non directive qui favorise l'élaboration de la pensée de l'enquêté. L'enquêteur se sert d'une grille de question (guide d'entretien) qu'il peut moduler selon les réponses apportées par l'enquêté (**Pin, 2023**). L'entretien permet de recueillir des données issues de la perception, de l'expérience et de la pratique du professionnel. Les données recueillies lors de ces entretiens permettent de comprendre ce qui est réellement fait sur le terrain. Elles permettent également donc de croiser ou confronter les données issues de la littérature.

La grille de question (**voir annexe VI**) a été réalisée pour que l'entretien suive une logique mais aussi avoir une certaine rigueur dans la démarche d'enquête. Le guide d'entretien « va contenir les hypothèses de recherche traduites en question : se munir d'un guide favorise la collecte de l'ensemble des indicateurs et des informations nécessaires pour la mise à l'épreuve des hypothèses » (**Sauvayre, R. (2021)**).

En effet, le guide d'entretien a été construit : dans un premier temps, pour se questionner sur les données issues de la littérature et ainsi pouvoir les croiser. Et dans un second temps, pour répondre à la première hypothèse puis à la deuxième.

Avant de réaliser chacun des entretiens, un formulaire de consentement (**voir annexe VII**) a été réalisé et envoyé à chaque professionnel pour recueillir leur signature, celle-ci garantissant une participation volontaire et permettant de recueillir leur accord d'être enregistré pour que leurs propos soient retranscrits de manière exacte. Le formulaire exprime également que l'enquêteur anonymisera chacun des entretiens et utilisera les données uniquement dans le cadre du projet de recherche.

5.5. Démarche de recrutement

Pour répondre au mieux à ma recherche, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes ainsi que des enseignants.

Pour les ergothérapeutes :

Avant de démarcher de nouveaux professionnels, j'ai choisi de recontacter ceux ayant répondu à ma pré-enquête et correspondant aux critères de mon échantillon. Ensuite, j'ai diffusé un message sur plusieurs réseaux sociaux afin de trouver des ergothérapeutes correspondant à mon sujet.

Ayant peu de retour, j'ai choisi de redéfinir ma question de recherche en l'élargissant, en effet au lieu de cibler un seul outil de CAA, j'ai élargi à ma question à tous les outils de CAA.

Ainsi, j'ai rediffusé un nouveau message sur les réseaux sociaux. J'ai également recherché sur l'annuaire de l'ANFE des ergothérapeutes mettant en place des outils de communication dans leur pratique que j'ai contacté par mail ou par téléphone. Puis, j'ai fini par chercher sur internet des ergothérapeutes formés aux outils de CAA.

Pour les enseignants :

Ayant des proches travaillant dans le domaine de l'enseignement, je me suis d'abord rapproché d'eux afin de savoir s'ils avaient des potentiels contacts pouvant correspondre à ma recherche.

Puis j'ai diffusé un message dans plusieurs groupes sur les réseaux sociaux. Ensuite j'ai recherché des écoles ayant des dispositifs ULIS dans l'annuaire de l'éducation nationale. Cependant, je n'ai pas eu de réponse. Ainsi, j'ai demandé des contacts auprès des ergothérapeutes interrogés mais cette méthode n'a pas plus fonctionné. Seul un enseignant a répondu positivement grâce à un contact de ma maitre de mémoire.

5.6. Présentation de l'échantillon

L'échantillon final est constitué de 6 ergothérapeutes et 1 enseignant. Pour des raisons de respect de l'anonymat, un système de codage a été mis en place :

- E : ergothérapeute
- ES : enseignant

Un numéro suivra le système de codage « E1 » ou « ES1 », celui-ci correspondant à l'ordre de passation des entretiens.

	Sexe	Année de diplôme	Parcours professionnel	Lieu d'exercice actuel	Formations
E1	F	2016	Mi-temps libéral Mi-temps IME	Cabinet libéral (public essentiellement porteur d'autisme) Formatrice sur la mise en place de l'outil de CAA + formatrice profil sensoriel + formatrice médiation animale	Makaton/ PECS / Langue des signes / CAA + logiciels / Mise en place CAA
E2	F	2024	Centre de rééducation neuro-traumato-ortho	Mi-temps IME/MAS Mi-temps libérale	Ergothérapie et TSA / Nepsy II / Acquisition de la propreté et de l'hygiène chez le TSA/ Analyse appliquée du comportement (ABA)/ Méthode PECS
E3	F	2004	Service mobile TC Humanitaire au Sénégal	Cabinet libérale avec population essentiellement pédiatrique	Intégration sensorielle/ Reflexes archaïques/ Prise en charge

			Centre de réhabilitation psychosociale Plusieurs cabinets libéraux		sensori-motrice/ Cog-fun/ MCRO/ Médiation animale
E4	F	2001	ESMS : enfants polyhandicapés	Libérale au Luxembourg et en télésoin en France, en Belgique et l'île Maurice	
E5	F	2020	Cabinet libéral	Cabinet libéral	Outils Robustes – Tablettes / Logiciels Tablette / PECS / Mise en place de l'outil de CAA
E6	F	2017	IME : Population avec troubles du langage EEAP : population avec enfant polyhandicapé EHPAD + équipe spécialisée Alzheimer	Structure enfant ; type Ime mais avec des classes externalisées ou l'ergothérapeute peut intervenir	Langue des signes françaises niveau 1/ Formation PODS x2 / Formation certifiante intervenante en communication alternative et améliorée/ Sensibilisation a des logiciels : TD Snap/Grid
ES1	H	STAPS Concours enseignant en 2019	2 années en école maternelle + 2 ans classe ULIS Brigade départementale spécialisé	IME + accompagnement en école ordinaire (accompagnement hors les murs)	Formation diplômante enseignant spécialisé

6. Analyse et interprétation des résultats

6.1. Profil des enfants concernés par la communication alternative et améliorée (CAA)

Pour rappel, l'autisme est une pathologie offrant des profils uniques avec des enfants différents les uns des autres, ici les ergothérapeutes rapportent les signes qui représentent principalement un enfant TSA non verbal.

6.1.1. Caractéristiques des enfants présentant un TSA non verbal

Pour E1, les enfants TSA non verbaux sont des enfants à besoin de communication complexe. Tous les ergothérapeutes s'accordent pour dire que ce sont des enfants qui vont communiquer autrement que par le langage oral, chacun des enfants arrive à compenser ce déficit par le para verbal. Cependant, ce n'est pas suffisant, cela crée donc des comportements défis qui ont tendance à isoler encore plus ces enfants qui sont souvent incompris des autres.

E2 évoque que les enfants TSA non verbaux ont des difficultés de communication que ce soit au niveau expressif et réceptif, **« Ils ont du mal à comprendre ce qu'on leur dit et puis ils ne s'expriment pas correctement »**

La plupart des ergothérapeutes indiquent que les enfants TSA non verbaux peuvent être scolarisés en milieu ordinaire mais qu'ils basculent souvent dans des dispositifs ULIS qui seront plus adaptés à leurs besoins. Cependant, certains enfants effectuent tout de même leur scolarité en milieu ordinaire.

6.1.2. Niveau de langage et particularités communicationnelles

Généralement les enfants TSA non verbaux peuvent présenter un langage sous forme de son, un langage très restreint avec seulement quelques mots ou parfois même aucun langage, cela peut s'apparenter à un enfant mutique.

E1 comme E2, E4 et E6 mentionnent que leur patientèle de TSA non verbaux est hétérogène, allant d'enfant mutiques, à des enfants qui émettent des sons sans véritable sens à d'autres qui peuvent dire quelques mots. Le répertoire langagier est très souvent restreint. E5 perçoit ces mêmes différences au sein de sa classe.

Pour E1, E2, E3, et E5, les enfants qu'elles prennent en charge peuvent dire quelques mots (une dizaine), elles évoquent que ce sont généralement des mots courants, utilisés sous forme d'écholalie (**stéréotypie qui consiste en l'imitation**

involontaire répétée, quasi automatique et dénuée de sens, des derniers mots entendus (Delage, s. d.)) et donc qui ne sont pas adaptés à la situation.

E1, E5, ES1 accompagnent des enfants TSA où le langage est émergent, mais il y a un manque du mot, un manque de vocabulaire et où la construction des phrases reste fragile. Ainsi l'outil de CAA est mis en place comme un soutien à la communication et pour but d'être augmentatif.

6.1.3. Modalités de communication non verbale et paraverbale utilisées

Les ergothérapeutes interrogées rapportent que la plupart des enfants TSA non verbaux vont mettre en place des stratégies afin de réussir à se faire comprendre. On parle de multi-modalités, c'est-à-dire qu'ils vont utiliser les gestes, les signes, les sons, le regard, les mimiques faciales ou même parfois amener l'objet à l'adulte ou l'adulte vers l'objet.

Cependant, la compréhension reste très limitée. **E5 « Ils trouvent toujours des stratégies pour se faire comprendre mais parfois ça reste qu'une idée ». E3 « Ceux qui la connaissait bien comprenaient ce qu'elle voulait, mais on avait pas la reconnaissance de ses envies, de ses émotions, de ce qu'elle voulait communiquer. C'était que des demandes ».**

En effet, E1 évoque le fait qu'utiliser le paraverbal est un moyen de communication qui permet d'éventuellement comprendre l'enfant mais qu'il le cantonne à utiliser une seule fonction de la communication qui est la demande. **E1 « Communiquer ce n'est pas uniquement faire des demandes, c'est tout le reste, raconter des choses, s'exprimer, contester, argumenter... »**

Chacune des ergothérapeutes évoquent cependant que le langage paraverbal ne peut pas remplacer le langage verbal, cela ne permet pas de comprendre l'enfant. Pour elles, il est impératif de mettre en place un outil de communication. **E6 « Sans outil de communication, c'est littéralement impossible pour l'enfant d'entrer en communication fonctionnelle ».**

6.2. Conséquences des difficultés de communication dans le contexte scolaire

6.2.1. Impact sur la participation aux activités en classe

Les ergothérapeutes ainsi que l'enseignant indiquent que le fait d'être non oralisant va impacter la participation aux activités en classe, en effet, celle-ci va être grandement diminuée. L'enfant ne va pas pouvoir s'exprimer, poser des questions ou

encore interagir avec ses camarades ou l'enseignant. Cela va limiter son engagement en classe entraînant souvent un isolement ou une mise à l'écart. Ce sont souvent des enfants que l'on comprend peu ou mal, ainsi, ils se mettent souvent en retrait par frustration. **E6 « Ce sont des jeunes qui participent très peu, ils sont souvent isolés et finalement s'ils n'ont pas de comportement défi, on les oublie vite au sein du groupe classe ».**

E3 montre que ne pas pouvoir interagir entraîne le fait que l'enfant ne soit pas questionné ou interrogé. **E3 « Quel que soit le temps en classe : lecture, chant ... Elle était là, elle écoutait mais il n'y avait aucune interaction »**

E5 et ES1 indiquent que l'outil de CAA va permettre une amélioration des capacités réceptives de l'enfant. Sans outil de CAA, l'enfant va être en difficulté pour comprendre les consignes et comprendre ce qu'on attend de lui, en plus du manque de langage, cela freine davantage sa participation à quelque activité. **ES1 « quand il n'y a pas d'outil, il y a une difficulté à pouvoir comprendre les attendus ».**

E1 et E4 expliquent que lorsque l'enfant n'a pas d'outil de CAA, cela freine l'évaluation de certaines compétences scolaires. En effet, sans la parole, il n'est pas toujours facile de s'assurer de la compréhension, de la mémorisation et des capacités de l'enfant.

6.2.2. Répercussions sur le comportement

E5, E1, E6, ES1 indiquent que le fait que l'enfant ne soit pas compris par l'entourage génère chez lui de la frustration, celle-ci amenant souvent à des comportements défis ou d'émotions négatives. Selon (**Emmerson.E, 1995**), les comportements défis sont des « comportements culturellement anormaux, d'intensité, de fréquence ou de durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est susceptible d'être gravement menacée, ou un comportement susceptible de limiter sérieusement les capacités de la personne ou de causer à celle-ci le refus aux installations communautaires ordinaires »

Cela se traduit souvent par de l'agitation motrice, de la colère, de la tristesse, des angoisses. E6 ajoute même que cela peut entraîner de l'auto ou de l'hétéro-agressivité.

6.2.3. Difficultés dans les interactions avec les pairs

E5 et E2 émettent qu'au-delà de la trouble de l'autisme qui joue sur les relations sociales, ne pas pouvoir parler ne permet pas d'entrer en relation avec les autres, cela entraîne donc un isolement de la part de l'enfant ou une mise à l'écart de la part des autres. E5 indique que les comportements défis vont accentués les difficultés pour entrer en relation, car leurs comportements ne sont pas toujours adaptés et donc les camarades s'éloignent.

Pour E6, il y a plus d'interaction avec les adultes car les adultes prennent le temps d'identifier le non verbal et ils essayent de comprendre l'enfant. Les enfants ne le font pas donc les interactions avec les pairs sont presque inexistantes.

E1 dit qu'en grandissant les interactions se forment autour du langage, ainsi les enfants se retrouvent souvent bloqués car ils ne peuvent pas aller vers l'autre. E3 indique qu'il y a davantage d'interactions avec les adultes **« Les adultes prennent plus le temps d'identifier la communication non verbale, mais avec les enfants c'est plus compliqué »**.

6.3. Mise en place d'un outil de communication alternative et améliorée en milieu scolaire

6.3.1. L'accompagnement spécifique de l'ergothérapeute autour de l'outil de CAA

E2 établit un cahier des charges de l'outil et se rapproche de chacun des partenaires de communication de l'enfant afin d'identifier les besoins de communication de celui-ci, notamment ce qu'il doit être en mesure d'exprimer.

E1 comme E2, E4, E6 et E5 émettent qu'elles ont plusieurs rôles dans la mise en place de l'outil de CAA. Dans un premier temps, elles effectuent une évaluation des besoins et des compétences de l'enfant. En fonction des résultats, elles préconisent l'outil qui leurs semblent le plus adapté. Elles vont ensuite réaliser des essais auprès de l'enfant, en compagnie de l'enseignante, de l'AESH et des parents pour leur expliquer le fonctionnement de l'outil, cela permet une première approche.

Une fois l'outil choisi, lorsque l'enfant a un dossier MDPH, E6 et E2 effectuent l'argumentaire pour que la famille se procure l'outil avec une prise en charge de la MDPH. Une fois l'outil reçu, elles proposent à chaque partenaire de communication une formation ou des groupes de soutien. E5 insiste vivement sur la formation des partenaires, sans leur aide, leur implication, la mise en place de l'outil est impossible.

Auprès de l'enfant, elles vont essayer de le familiariser le plus possible avec l'outil, le but étant favoriser l'utilisation lorsqu'il parle ou effectue ses centres d'intérêts, cela permet que l'apprentissage soit moins théorique et ainsi qu'elles aient l'adhésion de l'enfant. ES1 confirme ce rôle de formation auprès des partenaires de communication, « ***l'ergothérapeute va vraiment jusqu'à nous former sur le logiciel et de répondre à nos demandes pour qu'on puisse utiliser l'outil de façon autonome*** »

E1, E4 et E5 rajoutent qu'elles ont un rôle de personnalisation de l'outil en fonction des habitudes de vie et des centres d'intérêts de l'enfant mais aussi au niveau du visuel de l'outil pour faciliter son utilisation. E6 prend également en compte les particularités sensorielles des enfants.

Pour E1 et E3, la mise en place de l'outil de communication se fait en équipe pluridisciplinaire où chacun apporte ses compétences, cela permettant de proposer l'outil le plus adapté aux capacités de l'enfant.

Chacune des ergothérapeutes indique que la mise en place d'un outil de CAA reste un processus long qui peut prendre plusieurs années avant que l'outil soit utilisé de manière optimale, ***E2 « parfois les progrès se voient sur des années, il faut de l'apprentissage, il faut continuer, persévérer et ne pas se démotiver »***.

6.4. La collaboration interprofessionnelle autour de l'outil de CAA

6.4.1 Rôle de l'enseignant

Pour E2, E4 et E3 l'enseignant doit retranscrire à l'ergothérapeute ce qui se passe en classe. Quelles sont les routines ? Quels sont les programmes étudiés à l'instant T ? Qu'est-ce que l'enseignant a besoin que l'enfant dise ? Cela permet à l'ergothérapeute de personnaliser l'outil pour que l'enfant puisse participer à ce qui est travaillé en classe. L'enseignant permet également de faire des retours, sur ce qui pourrait manquer pour que l'enfant puisse participer encore davantage. Les propos de l'enseignant s'accordent à ceux de l'ergothérapeute, ES1 explique qu'il va apporter à l'ergothérapeute ce qui est étudié en classe et de quel langage de base et quel langage spécifique a-t-il besoin sur l'outil. ***ES1 « Il y a l'idée que l'enfant puisse avoir une bande de donnée avec l'ensemble du lexique utilisé »***. Il indique que le partenariat permet d'ajuster l'outil au contenu.

E6 implique les enseignants dans la mise en place de l'outil, puisqu'ils peuvent aiguiller sur les capacités cognitives et linguistiques de l'enfant, cela permet d'adapter l'outil au mieux. Pour elle, il est indispensable que les enseignants concernés participent aux formations sur les outils de communication. Passant le plus clair de leur temps auprès de l'enfant, ce sont des partenaires importants, ainsi le fait qu'ils sachent utiliser l'outil facilite grandement la mise en place de celui-ci.

Pour E1, les enseignants ont un rôle de renforçateur, ils permettent de renforcer ce qui est acquis en séance, à l'école pour permettre l'automatisation.

6.4.2 Rôle de l'accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH)

Pour E4, la plupart des enfants qu'elle accompagne ont des AESH. Pour elle, les enseignants ayant des classes nombreuses et plusieurs enfants avec des besoins spécifiques n'ont pas toujours le temps d'être auprès de l'enfant et son outil pour l'utiliser. C'est donc l'AESH qui prend le relais et intègre l'outil dans les apprentissages de l'enfant.

Pour E5, l'enseignant n'est pas toujours réceptif à l'outil de communication. Donc, c'est auprès de l'AESH que l'on va pouvoir construire le partenariat. Les AESH vont apporter à l'ergothérapeute ce qu'ils travaillent ensemble et ce dont il a besoin que l'enfant sache exprimer.

6.4.3 Rôle de la famille

E6 et E4 impliquent toujours les familles dans la mise en place de l'outil de communication, elles disent que la communication est différente à la maison. Pour elles, c'est eux qui ont le dernier mot sur le choix de l'outil et les potentiels logiciels. De plus, elles effectuent toute la logistique de l'outil (chargement, mise à jour, pictogramme...) puis ce sont elles qui vont l'utiliser au quotidien avec leur enfant. Ils permettent une utilisation plus ludique de l'outil en étant moins centré sur les apprentissages, ce qui est davantage le cas à l'école.

Pour E1, les parents sont présents en séance lors de l'apprentissage de l'outil. Pour elle, les parents ont un rôle de transfert des acquis, ce qui est appris en séance doit être reproduit au quotidien. Puis ils vont apprendre en même temps, donc ils peuvent renforcer l'apprentissage quotidiennement. **E4 « Les parents ont vraiment un rôle central dans la mise en place de la CAA, on n'est absolument pas en**

capacité de mettre en place l'outil s'ils ne sont pas présents, ça ne marche pas, c'est impossible. »

6.4.4. Rôle de l'orthophoniste

E1 indique qu'elle co-construit l'outil avec l'orthophoniste, elles se partagent les objectifs. Ceux purement liés au langage vont plutôt être effectués par l'orthophoniste tandis que les objectifs fonctionnels liés à la mise en place, à l'utilisation dans le quotidien, à l'apprentissage de l'outil, à rendre l'enfant autonome avec son outil vont être faits par l'ergothérapeute.

6.5. Partenariat entre l'ergothérapeute et l'enseignant dans l'utilisation de la CAA

Tous les ergothérapeutes interrogés s'accordent pour dire que le partenariat entre l'enseignant et l'ergothérapeute est indispensable pour mettre en place l'outil de communication. L'enfant passant une grande majorité de son temps à l'école, l'enseignant permet à l'enfant une utilisation régulière de l'outil. Elles s'accordent pour dire que lorsqu'il y a une collaboration l'utilisation est beaucoup plus efficace et les progrès sont plus rapides. ***E3 « ce partenariat, il est crucial et essentiel » « Plus les enfants sont baignés dans du langage, dans du visuel, dans des supports, plus ils vont développer des compétences ».***

E1 et E3 indiquent que le partenariat est intéressant, car chacune des professions a ses propres compétences. L'ergothérapeute apporte son expertise sur la CAA et sur le handicap tandis que les enseignants nous permettent de savoir les attendus en termes de compétences scolaires. Pour E1, ils ont un regard très pertinent sur l'enfant puisqu'ils évoluent à ses côtés chaque jour. E3, lui parle de l'ergothérapeute comme une personne ressource.

E4 et E3 indiquent également que le partenariat est important car il permet que les contenus de séance soient repris, généralisés et transférés à l'école, cette répétition permet une automatisation de l'outil. ***E6 indique « Le but quand l'enfant apprend à utiliser son outil, c'est qu'il soit baigné dedans, à la maison, à l'école... pour qu'il puisse vraiment l'utiliser ».*** Puis le partenariat permet vraiment d'avoir un outil adapté à l'enfant, les retours fournis par l'enseignant permettent à l'ergothérapeute de personnaliser et modifier l'outil pour qu'il corresponde au maximum aux besoins de l'enfant.

E6 indique que ce qui prône actuellement c'est l'école inclusive et que pour cela le travail avec l'enseignant est indispensable car c'est lui l'intermédiaire entre tous les enfants. Donc leur implication est un véritable soutien.

Pour E1, le partenariat permet une utilisation plus efficace de l'outil seulement si les professionnels sont sur la même longueur d'onde et vont dans la même direction. E6 est du même avis **« Franchement, quand on a le partenariat et qu'on a des partenaires de communication qui vont dans la même direction, on sait très bien que c'est tellement plus efficace ... on voit que les enfants apprennent beaucoup plus rapidement. »**. Pour E1, E6 et E2, Il leur est arrivé que certains enseignants soient réfractaires ou peu impliqués. Leur but a été d'échanger, de partager, de montrer, pour que l'enseignant comprenne l'intérêt et voit ce que l'enfant peut arriver à faire grâce à l'outil de CAA. Elles indiquent que peu le sont et que cela est souvent dû à un manque d'accompagnement ou de formation mais que cela arrive tout de même. **E2 dit « Si l'enseignant n'est pas dans la motivation de mettre en place l'outil, on va être très limité car les enfants passent quand même plusieurs heures par jour à l'école » « Si l'enseignant ne se saisit pas du moyen de communication, on sacrifie une partie de la journée où l'enfant ne pourra pas communiquer »**.

6.6. Effets de la mise en place de l'outil de communication alternative et améliorée

E1 « C'est impressionnant, on donne une voix à un enfant, c'est quand même le plus beau cadeau qu'on puisse lui faire »

6.6.1. Amélioration de la participation scolaire

Pour E2, il y a eu une amélioration au niveau de la participation scolaire. E3 indique qu'il y avait plus d'échanges, que l'enfant pouvait répondre aux différentes questions de l'enseignant, cela permettait à l'enfant d'agir comme un élève « normal ». L'enfant est plus présent en classe, l'outil lui permet d'exister et de pouvoir être reconnu dans son groupe et d'y prendre place.

Pour E6, on a des enfants qui vont produire des messages plus élaborés avec des verbes, des sujets, en mettant des compléments ... cela va vraiment leur permettre d'être acteur dans les activités proposées en classe que ce soit dans les apprentissages mais aussi dans les temps de jeu.

E5 indique que grâce à la CAA, les enseignants ou les AESH vont avoir des attentes plus élevées en termes de participation et de compétences scolaires. La CAA va permettre de suivre la plupart des apprentissages comme le restant de la classe et d'être évalué au même titre que les autres, ce qui n'était pas envisageable sans l'outil de CAA.

ES1 indique que le fait d'intégrer du langage spécifique ou des supports utilisés dans l'outil va permettre de généraliser les apprentissages. L'enseignant a remarqué une amélioration des apprentissages lorsque l'enfant passe par son outil de communication. **« A partir du moment où on les intègre dans l'outil de communication, on se rend compte qu'en termes d'apprentissage, l'enfant est capable de redonner ce qu'il a appris peu importe le contexte et peu importe la personne » « Sans outil, il est très difficile car l'élève TSA généralise ses apprentissages »**

6.6.2 Développement de l'autonomie

Pour E6 et ES1 l'outil va permettre à l'enfant, d'exprimer ses besoins et faire des demandes pour pouvoir agir par lui-même.

Pour E2, la mise en place de l'outil a permis à plusieurs enfants de mieux comprendre ce qui allait se passer durant sa journée, ainsi l'enfant a pu appréhender les différentes transitions entre les activités et a pu les gérer seul.

Après le processus long de la mise en place de l'outil, la CAA permet à l'enfant d'être autonome. En effet, E1, E6 et E5 arrivent à ce que les enfants puissent utiliser l'outil de manière spontanée, c'est-à-dire que d'eux même ils prennent l'outil pour communiquer ou demander.

6.6.3 Renforcement de la confiance en soi

Pour E1, E4 et E6, la CAA permet à l'enfant de prendre confiance en lui, mais surtout de s'affirmer, montrer qu'il n'est pas toujours en accord avec les décisions des parents et qu'il peut enfin le dire. Il peut prendre position et faire des choix libres. **E4 « de toute façon, ça augmente leur autonomie parce que ça leur permet de décider. Il y a des enfants chez qui ça augmente l'indépendance parce qu'ils peuvent dire « Je n'ai pas envie » ou « j'ai besoin d'aide » »**. E4 indique que lorsque l'outil est introduit au quotidien, les enfants peuvent aussi l'utiliser à l'extérieur comme pour aller chercher du pain à la boulangerie.

Pour E2, la CAA a permis à l'enfant de pouvoir faire partie intégrante de la classe et d'être considéré. L'enfant peut s'exprimer et cela permet d'apprendre à le connaître, on va s'intéresser à lui.

6.6.4 Amélioration des relations sociales

L'amélioration des relations sociales va être possible avec la CAA, car l'enfant va pouvoir communiquer, et les autres enfants vont également utiliser l'outil pour répondre, cela va permettre de renforcer les liens. **E2 « ça va améliorer tout ce qui est socialisation et échange avec l'autre, parce qu'on lui donne des possibilités de communiquer »**. E3 indique qu'il y avait une interaction plus importante des camarades de classe vers l'enfant, ainsi, il était beaucoup plus intégré, E5 et E4 rajoutent que c'est beaucoup plus simple d'entrer en relation avec les autres. **E6 « La CAA c'est vraiment un outil de partage »**, ça permet aux enfants de vraiment pouvoir avoir des sujets de conversation.

Les relations sociales vont s'améliorer à l'école avec les camarades mais aussi à la maison, la CAA va permettre d'enrichir la relation parent/enfant. **E1 « j'ai une maman qui m'a dit que son petit garçon lui avait dit « je t'aime » et « tu es ma maman » pour la premier fois grâce à sa tablette, c'est super beau »**

Pour E1, la CAA permet vraiment de révéler la personnalité des enfants. **E1 « j'ai des enfants qui me font des blagues, qui sont dans l'échange et le partage »**.

6.7. Développement des compétences communicationnelles grâce à la CAA

6.7.1 Développement des compétences communicationnelles interactives

E5, E3, E6 et E2 émettent que grâce à l'outil de communication les enfants ont pu améliorer leurs compétences communicationnelles, car ils ont gagné en fiabilité dans les termes utilisés, chaque terme était plus adapté au contexte alors qu'avant ce n'était pas toujours le cas. L'outil permet également des échanges plus spontanés et plus construits, là ou parfois il n'y avait que quelques mots... E3 ajoute que cela permet vraiment de creuser sur ce que pense et ressent l'enfant. **« Ça permettait qu'elle aille plus loin dans ce qu'elle pouvait nous exprimer »**. Ça permet également de savoir ce que l'enfant comprend, car la réponse est adaptée, c'est que le message a été compris.

E1 et E6 disent que l'outil de communication va permettre de construire et d'enrichir le langage de l'enfant, ce qui va permettre des échanges plus complets et en autonomie. Elles parlent de soutien aux compétences communicationnelles. E6 ajoute que l'enfant va produire des messages élaborés avec du sens, pas seulement des mots spécifiques auxquels l'adulte doit donner un sens approximatif ou interprété.

D'après E5, l'outil de communication permet à l'enfant d'être plus adapté socialement car il passe toujours par son outil pour demander quelque chose alors qu'avant, il allait chercher les objets tout seul ou il se faisait comprendre par des comportements négatifs.

E5 et ES1 ajoutent le fait que l'entourage n'a plus besoin d'interpréter car les enfants sont en capacité de dire ce qu'ils ressentent, ainsi les incompréhensions disparaissent et les comportements défis aussi. **E5 « L'enfant semble vraiment plus apaisé »**

6.7.2 Développement des compétences communicationnelles réceptives

Quand un enfant utilise un moyen de communication, il est indispensable que les partenaires de communication passent également par l'outil qui va favoriser la compréhension des questions, des consignes, des attentes

E5 indique que l'appui visuel des outils de communication est un plus car il permet à l'enfant de mieux comprendre ce qui lui est demandé.

E6 donne l'exemple que certains des enfants TSA qu'elle accompagne ont des difficultés à comprendre le langage oral, et que lorsqu'on passe par leur outil de communication, l'enfant arrive à comprendre et assimiler ce qui lui est demandé. E2 dit qu'en passant par l'outil l'enfant comprend mieux ce qu'on attend de lui et comment il doit agir.

ES1 explique que l'appui visuel de l'outil permet à l'enfant de suivre ce qu'on lui montre et d'être plus attentif, ce qui permet une meilleure compréhension de ce qui lui est demandé. **ES1 « Ce que je trouve intéressant, c'est qu'il y a un côté complémentaire, le fait de pointer, tout en verbalisant, il y a une meilleure prise en compte des consignes orales ».**

6.8 Participation de l'enfant dans les activités collectives avec l'outil de communication

E6, E3, E5 disent que l'outil de communication va nettement améliorer la participation des enfants lors des activités collectives, **E6 « c'est vraiment un outil**

qui leur permet de participer aux apprentissages ». E5 « Il participe beaucoup plus activement, maintenant il est vraiment acteur ». E4 ajoute qu'ils peuvent comme prendre la parole au sein du groupe et donc participer de manière active, E3 parle même de réussir à s'imposer dans le groupe pour donner ses idées.

E1 dit que le fait que l'enfant comprenne mieux ce qui lui est demandé, car comme évoqué l'outil de communication favorise la compréhension de l'enfant. Il va être davantage investi que ce soit dans les activités collectives ou individuelles. Elle parle d'un cercle vertueux, une meilleure compréhension permet un meilleur investissement qui permet une amélioration des capacités de l'enfant. Elle donne l'exemple d'une petite fille qui a pu réaliser un exposé grâce à sa tablette.

E2 émet le fait que sensibiliser les enfants de la classe permettrait qu'ils comprennent l'intérêt du moyen de communication et donc qu'ils prennent davantage en compte l'enfant dans les activités en lui laissant le temps de répondre ou de participer.

Chacun des témoignages montrent que l'outil de communication favorise la participation de l'enfant dans les activités collectives. L'enfant qui était auparavant isolé, se retrouve impliqué, investi et acteur dans chaque activité. De plus, les autres prennent également plus le temps d'inclure l'enfant dans l'activité sachant qu'il peut s'exprimer et participer.

6.9 Apport du modèle P4C dans l'accompagnement des enfants utilisant la CAA

Toutes les ergothérapeutes interrogées affirment ne pas connaître le modèle P4C et ne jamais en avoir entendu parlé. Après une explication générale du modèle, E4, E2, E3, indiquent qu'elles souhaitent en savoir plus et qu'elles vont effectuer des recherches pour se renseigner.

E4 dans sa pratique utilise un questionnaire qu'elle a confectionné pour tout l'entourage de l'enfant. A travers celui-ci, elle cherche à savoir comment se situent les personnes qui entourent l'enfant au niveau de la CAA : Est-ce qu'elles savent ce qu'est la CAA ? Est-ce qu'elles en ont déjà utilisé ? Elle donne des exemples de plusieurs CAA. Est-ce qu'elles sont formées à la CAA ? Cela lui permet de donner une direction au choix de l'outil **« Si quelqu'un me dit : « je suis super entraîné sur TDsnap », on va avoir un partenaire de communication fréquent de l'enfant, ça penche dans la balance pour dire aux parents « je vous propose ça ou ça » ».**

E6 évoque utiliser un modèle d'intervention qui est un modèle de participation traitant de la démarche CAA, celui-ci, lui permet de donner une ligne directrice à sa démarche : Par quoi on commence ? Qu'est-ce qu'on évalue ? Comment on met les choses en place ?

7. Discussion

Cette partie vise à confronter les résultats empiriques récoltés dans cette recherche avec les données obtenues par la littérature scientifique. Ainsi, nous pourrions déterminer si les résultats de terrain confirment ou non les éléments théoriques. Cette recherche avait pour objectif de déterminer si la collaboration-ergothérapeute-enseignant dans la mise en place d'un outil de CAA auprès d'un enfant TSA non verbal en école ordinaire, permettait d'avoir un impact sur sa participation dans les activités ainsi que sur ces compétences communicationnelles.

7.1. Lien entre concepts et pratique

Les ergothérapeutes mettent en évidence une grande hétérogénéité dans les profils de communication chez les enfants TSA non verbaux. Certains enfants disposent d'un langage émergent, quelques mots qui ne sont pas toujours fonctionnels tandis que d'autres ne développent aucun langage oral. Ces observations rejoignent celles de la littérature qui indique que l'un des critères symptomatologiques de l'enfant TSA est l'altération des capacités de communication, tout en insistant sur le fait que les manifestations cliniques seront spécifiques à chaque enfant (Cottraux, 2015). (Blanc, R. (2015), précise qu'effectivement certains profils développeront un langage rudimentaire tandis que d'autres resteront non verbaux. Ces résultats confirment qu'il n'existe pas de profil unique chez l'enfant TSA non verbal, cela impliquera donc une évaluation individualisée des besoins.

Sur le terrain, les ergothérapeutes rapportent que les enfants vont fréquemment mettre en place des stratégies pour se faire comprendre. Lorsque le langage oral est absent, l'enfant va palier avec l'utilisation du paraverbal : gestes, mimiques, regards expressions, comportements... Ce constat également soulevé par (Cuny, F., & Gasser, F. (2000) qui soulignent l'importance du para verbal dans la communication des personnes présentant un trouble du langage.

Cependant, les ergothérapeutes mettent en avant qu'il a des limites à ces moyens de communications alternatifs. En effet, il ressort qu'ils sont difficilement

interprétables et qu'ils ne permettent pas toujours à l'enfant d'exprimer avec précision ses besoins, ses pensées, ses choix ... Cette limitation entraîne souvent des problèmes de frustration chez l'enfant amenant à des comportements défis. Les ergothérapeutes rapportent les répercussions de l'absence de communication sur la participation scolaire. Pour elles, les enfants TSA non verbaux vont se retrouver isoler au sein de la classe, car moins interrogés, moins sollicités, moins impliqués et cela va engendrer une restriction de participation aux activités collectives en classe.

De plus, le fait d'être non oralisant, va limiter les interactions sociales au sein de la classe. Cet ajout favorise une mise à l'écart complète de l'enfant. Ces constats s'ajoutent à ceux de Grandisson et al., 2020, qui indiquent que de nombreux établissements scolaires manquent de supports, d'adaptations, d'aménagements et d'outils facilitant l'inclusion des élèves atteints d'autisme. Les enseignants doivent donc essayer de transformer leur dynamique pédagogique pour aller en ce sens. Mais les ergothérapeutes interrogées pensent que l'éducation nationale ne propose pas assez de formations liées au handicap, ainsi les professeurs sont souvent dépourvus de solutions.

Ces constats mettent en avant la pertinence de l'intervention ergothérapique au sein du milieu scolaire. Par son approche centrée sur la personne, sur l'activité et sur l'adaptation de l'environnement, l'ergothérapeute peut proposer des aménagements en lien avec les besoins spécifiques de l'enfant pour favoriser sa participation. Dans ce contexte, les ergothérapeutes ont proposé de mettre en place un outil de communication augmentatif et alternatif (CAA).

Les ergothérapeutes interrogées démontrent que l'outil de CAA va permettre de « donner une voix à l'enfant ». En effet, celui-ci va substituer l'absence de communication orale. Ces outils vont permettre à l'enfant d'exprimer ses besoins, ses émotions, de faire des choix, de participer à la vie scolaire et d'interagir avec les autres. Cela grâce à la production de mots, de messages construits et élaborés ayant du sens, permettant à l'enfant de devenir acteur de sa propre vie. Ces résultats s'accordent avec ceux de (Beukelman & Mirenda, 2017b), qui définissent la CAA comme un moyen de compenser les incapacités langagières et les limitations de participation aux activités.

Les résultats montrent que chaque intervention sera spécifique à l'ergothérapeute qui va la mener, la mise en place d'un outil de communication ne

repose pas sur une méthode spécifique mais sur une intervention individualisée. Les ergothérapeutes mettent en avant différentes étapes pour mettre en place un outil de CAA.

Dans un premier temps, il est question d'évaluer l'enfant sur ses besoins, ses compétences, son niveau de compréhension, ses particularités sensorielles ainsi que son environnement de vie. Généralement, cette évaluation est réalisée en équipe pluridisciplinaire, permettant de croiser les regards et obtenir une vision globale de l'enfant pour proposer un outil adapté aux besoins de l'enfant.

A l'issue de cette évaluation, les ergothérapeutes proposent une phase d'essai des différents outils de CAA pour identifier l'outil le plus adapté. Une fois, l'outil retenu, l'ergothérapeute peut réaliser un argumentaire pour la MDPH afin de demander un soutien financier.

Ensuite les ergothérapeutes insistent sur la prochaine étape jugée déterminante dans la mise en place de l'outil; la formation des partenaires de communication. Elles mettent en avant, que la réussite de la mise en place d'un outil de CAA dépend aussi de l'implication des partenaires de formation. Cela concorde avec les observations de Maillart & Fage, 2020, qui montrent qu'un entourage formé et soutenant favorise une utilisation de l'outil plus importante par l'enfant.

En effet pour développer les compétences communicationnelles et permettre une utilisation efficace de l'outil, l'enfant doit être constamment exposé à son outil de CAA. Le développement des compétences communicationnelles nécessite des interactions sociales régulières et de qualité avec l'entourage de l'enfant : parents, équipe éducative, paramédicaux ou camarades d'école. Pour cela, les partenaires de communication doivent savoir modéliser l'outil, encourager son utilisation en l'introduisant dans les habitudes de vie.

Pour finir, les ergothérapeutes rapportent proposer des séances auprès de l'enfant pour un apprentissage progressif de l'outil, son utilisation et sa personnalisation. La personnalisation de l'outil est une étape importante notamment pour une utilisation dans le cadre scolaire. Ainsi un partenariat avec l'enseignant est essentiel.

En effet, les ergothérapeutes interrogées, considèrent que la collaboration est indispensable. L'enseignant va rapporter les situations scolaires problématiques, les

besoins en termes de langage pour pouvoir participer activement. L'enseignant passe un temps important avec l'élève, afin de généraliser et de transférer les compétences apprises en séance à l'école. Cela s'accorde avec l'étude menée par Bolton et Plattner (2020), qui émettent que la complémentarité des compétences et la coordination des interventions des professionnels permet d'offrir à l'enfant l'environnement le plus adapté. Chacun voyant en l'autre une personne ressource. Les ergothérapeutes s'unissent pour dire que lorsqu'il y a une collaboration efficace, l'utilisation de l'outil est plus efficace et davantage de progrès sont observés. L'outil en lui-même ne pourra pas améliorer la communication de l'enfant.

Les ergothérapeutes affirment que la mise en place de l'outil est un processus long, qui nécessite de la répétition et de l'entraînement. Dans un premier temps l'enfant produira des mots, puis une suite de mots puis initiera des phrases pour pouvoir entretenir des échanges.

Au sein du contexte scolaire, les ergothérapeutes interrogés affirment que la mise en place d'un outil de CAA va améliorer la participation de l'enfant aux activités collectives. Le fait de pouvoir répondre, échanger, s'exprimer permet à l'élève d'être plus inclus dans la dynamique de la classe. L'accès à un moyen de communication est perçu comme un facilitateur de participation et semble réduire les situations d'exclusion.

De plus, les ergothérapeutes soulignent que l'outil favorise le développement de l'autonomie. Faire des choix, prendre des décisions, demander de l'aide lui permet d'agir et de devenir acteur de sa vie.

Les professionnels interrogés mettent en évidence l'impact positif de la CAA sur les relations sociales. En améliorant les capacités communicationnelles expressives et réceptives, l'outil facilite les interactions. Il permet à l'enfant de mieux comprendre les échanges et d'y répondre de manière adaptée. Cela permet la construction de liens sociaux stables. Les résultats montrent que le développement des compétences de communication va conduire à une participation scolaire plus importante. L'élève est en mesure de prendre la parole, d'échanger avec ses camarades et de s'impliquer dans les tâches collectives. Ainsi, au-delà d'un simple outil compensatoire, la CAA apparaît comme un véritable levier d'inclusion scolaire.

7.2. Vérification des hypothèses

Pour rappel, l'objectif de ce mémoire est d'identifier comment fonctionne la collaboration ergothérapeute-enseignant dans la mise en place d'un outil de

communication augmentatif et alternatif auprès d'enfants TSA non verbaux et ainsi répondre à la question suivante : « **Quel est l'impact de l'introduction d'un outil de communication, mis en place dans le cadre d'une collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant, sur la participation des enfants TSA non verbaux aux activités collectives en école ordinaire ?** »

Afin de répondre à cette question, deux hypothèses ont été proposées. La première : **La mise en place d'un outil de CAA, co-construit par l'ergothérapeute et l'enseignant, influence positivement la participation des enfants TSA non verbaux lors d'activités collectives en classe ordinaire**

Tous les ergothérapeutes s'accordent pour dire que la mise en place d'un outil co-construit par les deux professionnels, et donc en adéquation à la fois avec les besoins de l'enfant et ceux de la classe, permet une amélioration significative de la participation des enfants dans les activités collectives en classe. Grâce à son outil l'enfant devient acteur et peut pleinement participer. Il lui permet de prendre la parole et d'interagir avec les autres au sein de l'activité. Ainsi au regard des réponses apportées par les professionnels, **l'hypothèse est validée.**

La deuxième : **L'utilisation d'un outil de CAA auprès d'enfants TSA non verbaux soutient le développement de leurs compétences communicationnelles ce qui contribue à leurs participations dans les activités collectives.**

Tous les ergothérapeutes ainsi que l'enseignant ont pu observer dans leur pratique une amélioration des compétences communicationnelles de l'enfant TSA non verbal suite à la mise en place de l'outil de communication. Et cela tant sur le plan expressif que sur le plan réceptif. En expressif, on note des messages plus clairs, plus précis, plus adaptés et plus élaborés. Ce qui permet une meilleure compréhension des besoins, de la pensée et des émotions de l'enfant. En réceptif, l'outil soutient la compréhension orale grâce à l'appui visuel qui facilite l'assimilation des consignes et des attentes. Ainsi l'enfant comprend mieux ce qui lui est demandé et peut participer plus activement aux échanges. Cela va contribuer à une augmentation de sa participation aux activités collectives. De cette façon, **l'hypothèse est validée.**

7.3. Limites et biais de l'étude

Cette étude montre des résultats pertinents et cohérents, cependant des biais et des limites peuvent être observés.

7.3.1. Limites

La taille de l'échantillon est restreinte, en effet seulement 6 ergothérapeutes ont pu être interrogées, cela ne permet pas de représenter l'ensemble de la population. De plus, la limite de temps pour réaliser cette étude n'a pas permis d'approfondir davantage mes recherches, ce qui limite la portée des résultats. D'autre part, malgré la volonté d'inclure des enseignants dans ma recherche, seul un enseignant a répondu positivement à ma démarche, ce qui constitue une limite importante, ne permettant que de très peu de croiser les points de vue entre les ergothérapeutes et les enseignants. Ainsi, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des pratiques. De plus, au cours de cet entretien avec l'enseignant, on observe une tendance à s'éloigner des questions initialement posées. Cela a compliqué la collecte d'informations précises sur certains points.

7.3.2. Biais

Cette étude peut montrer certains biais. Tout d'abord, un biais de sélection est possible dans la revue de la littérature, les articles utilisés peuvent refléter davantage certaines orientations, pratiques ou résultats. La pré-enquête peut également démontrer un biais de formulation, certaines questions ont pu influencer les réponses des participants. De plus, les entretiens réalisés auprès des ergothérapeutes peuvent être affectés par une volonté des professionnels d'adapter leurs réponses à ce qu'ils perçoivent comme attendu. Aussi, certains entretiens ayant été réalisés par téléphone, un biais de communication peut être présent, notamment par l'impossibilité d'analyser le langage para verbal. Pour finir, un biais d'interprétation est possible lors de l'analyse des données, celle-ci pouvant être interprétée selon mes représentations et mes attentes.

7.4. Perspectives

Pour renforcer la validité des résultats, il serait intéressant de pouvoir élargir la taille de l'échantillon des enseignants. Cela permettrait d'avoir des données plus représentatives, de pouvoir davantage comparer les points de vue et de mieux comprendre la collaboration avec l'ergothérapeute.

Par ailleurs, effectuer des observations de terrain, notamment pour pouvoir réaliser un avant/après la mise en place de l'outil de CAA, permettrait d'évaluer l'impact de celle-ci sur la participation des enfants TSA non verbaux en école ordinaire.

Comparer les résultats recensés dans cette étude à d'autres contextes d'interventions tels que les dispositifs ULIS, les classes externalisées ou encore les classes en structure type IME permettrait d'identifier d'éventuelles différences dans la mise en place et l'utilisation des outils de CAA, et de déterminer si ces dispositifs favorisent une utilisation de l'outil plus efficace. Interroger d'autres acteurs présents auprès de l'enfant, tels que les AESH ou les parents aurait permis d'enrichir l'analyse et avoir le point de vue de tous les partenaires de communication.

De plus, la mise en place de formations sur le handicap et la communication alternative et améliorée à destination des enseignants pourrait favoriser une meilleure compréhension et une utilisation plus efficace de ces outils au sein du milieu scolaire.

Enfin, cette étude montre que les ergothérapeutes interrogés connaissaient peu, voire n'utilisaient pas le P4C. Il serait donc pertinent, dans de futures recherches, d'interroger des professionnels formés à cet outil ou d'explorer sa place dans les pratiques ergothérapeutiques, afin d'en évaluer l'intérêt et de mieux comprendre les modalités d'utilisation.

7.5. Projection professionnelle

Pour cette sous partie, la rédaction s'effectuera par le pronom « je », en tenant compte des pronoms possessifs appropriés puisque cette réflexion est personnelle.

Rédiger ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de développer et d'acquérir des compétences dans l'analyse et la réflexion ainsi que de renforcer des aptitudes telles que la rigueur, l'organisation et la qualité rédactionnelle. Cela m'a également permis de me questionner sur une thématique spécifique à l'ergothérapie en croisant les apports théoriques issus de la littérature avec l'analyse de la réalité de terrain, ce qui a constitué un véritable enrichissement tant personnel que professionnel. Cette démarche m'a permis d'identifier et me projeter dans ma future pratique professionnelle.

En effet, ce travail m'a conforté dans l'idée de vouloir exercer auprès d'un public pédiatrique, avec une pratique basée sur leurs centres d'intérêt, leurs habitudes de vie, leurs besoins spécifiques et leurs entourages. J'ai pu découvrir à quel point la communication constitue un besoin essentiel pour chaque être humain et combien il est important de pouvoir donner à chacun l'opportunité de pouvoir s'exprimer. En tant qu'ergothérapeute, nous avons un rôle important à jouer dans la mise en place de moyens de communications, afin de favoriser le bien-être quotidien des enfants.

De plus, j'ai pu m'apercevoir de la réelle importance du travail en équipe pluridisciplinaire. Sans la collaboration des professionnels et des familles, les prises en soin s'avèrent plus limitées. C'est avec la complémentarité de tous, que nous pouvons construire des prises en soins adaptées, évolutives et centrées sur les envies et les besoins de l'enfant.

8. Conclusion

Ce travail de recherche avait pour objectif d'explorer et de démontrer l'impact de la communication alternative et améliorée sur la participation scolaire des enfants TSA non verbaux, à travers le regard croisé de l'ergothérapeute et de l'enseignant.

Les résultats recueillis mettent en évidence que les difficultés de communication de ces enfants ont un impact important sur leur scolarisation. Ces limitations vont entraîner un isolement au sein de la classe ainsi qu'une diminution de leur participation lors des activités proposées.

Dans ce contexte, la mise en place d'un outil de CAA apparaît comme une des solutions pertinentes. Celui-ci constitue un levier essentiel pour favoriser la participation scolaire et développer les compétences communicationnelles des enfants. L'ergothérapeute occupe alors une place importante dans ce processus. Il évalue les besoins, préconise un outil adapté, réalise des essais, forme les différents partenaires et accompagne l'enfant dans l'apprentissage de l'outil.

Cependant, une collaboration étroite avec l'enseignant apparaît comme essentielle, celle-ci permet l'adaptation de l'outil aux situations scolaires en transmettant des informations précieuses sur les besoins de la classe et de l'enfant. Elle favorise également la généralisation de l'outil à l'environnement classe grâce au transfert des acquis.

Cette collaboration permet à l'enfant de s'épanouir en classe, en participant plus activement aux activités proposées, en développant ses interactions sociales et en gagnant en autonomie.

Ouverture : Quels impacts les différents contextes de scolarisation peuvent-ils avoir sur la mise en place et l'efficacité de la communication alternative et améliorée chez les enfants TSA non verbaux ?

9. Bibliographie

Ouvrages :

APA, Guelfi, J., & Crocq, M. (2023). *DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Elsevier Masson.

Beukelman, D. R., & Light, J. C. (2020). *Augmentative & Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. Brookes Publishing Company.

Beukelman, D. R. & Mirenda, P. (1998). *Augmentative and alternative communication: Management of severe communication disorders in children and adults* (2nd Ed.). Paul H. Brookes.

Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2017). *Communication alternative et améliorée : Aider les enfants et les adultes avec des difficultés de communication*. De Boeck Supérieur.

Blanc, R. (2015). Autisme infantile et troubles du spectre autistique. Dans J.-P. Bouchard (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 353-385). De Boeck supérieur.

Caraglio, M. (2019). Chapitre IV. La scolarisation en milieu ordinaire. Dans *Les élèves en situation de handicap* (pp. 74-86). Presses Universitaires de France.

Durieux, G., & Thomas, C. (2012). Ergothérapie en pédiatrie. Dans *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 415-429). De Boeck Supérieur.

Emerson, E. (1995). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with learning disabilities*. Cambridge University Press.

Ferrari, P. (2023). Chapitre III. Autisme : épidémiologie, génétique et neurobiologie. Dans *L'Autisme infantile* (pp. 16-28). Presses Universitaires de France.

Joly, B. (2009). Chapitre 1. Présentation de la communication. Dans *La communication* (pp. 7-10). De Boeck Supérieur.

Kern, S. (2019). Des premiers mots à l'émergence de la grammaire. Dans *Le développement du langage chez le jeune enfant : Théorie, clinique, pratique* (pp. 85-111). De Boeck supérieur

Rivières-Pigeon, C. D., & Poirier, N. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme : état des connaissances*. Presses de l'Université du Québec.

Rogé, B. (2016). Le spectre des troubles autistiques. Dans J. Marmion, *Troubles mentaux et psychothérapies* (pp. 92-97). Éditions Sciences Humaines.

Sauvayre, R. (2021). *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (2e éd.). Armand Colin.

Articles scientifiques

Bellanger, S. (2022). Coopérer dès la maternelle. *Cahiers pédagogiques*, 576(3), 42-43. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/cape.576.0042>

Benoit, J. (2018). Le développement de l'enfant : quelques rappels fondamentaux. *Administration & Éducation*, 157(1), 137-142. <https://doi.org/10.3917/admed.157.0137>

Benson, J. (2013). School-based occupational therapy practice: perceptions and realities of current practice and the role of occupation. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 6(2), 165-178. <https://doi.org/10.1080/19411243.2013.811348>

Bolton, T., & Plattner, L. (2020). Occupational therapy role in school-based practice: perspectives from teachers and OTs. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 13(2), 136-146. <https://doi.org/10.1080/19411243.2019.1636749>

Bouquet, B. (2015). L'inclusion : Approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 11(3), 15-25. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0015>

Cappe, É., & Boujut, É. (2016). L'approche écosystémique pour une meilleure compréhension des défis de l'inclusion scolaire des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'enfant*, 143,

391-401.

<https://www.researchgate.net/publication/308937780> L'approche ecosystemique pour une meilleure compréhension des défis de l'inclusion scolaire des élèves ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme

Cazeneuve, J. (1963). Qu'est-ce que la communication ? *Communication & Langages*, 5(1), 11-14. https://www.persee.fr/doc/colan_1268-7251_1963_num_5_1_4794

Cuny, F., & Gasser, F. (2000). Evaluation des capacités de communication verbale et non verbale chez l'enfant autiste. *Glossa*, 70, 4-14. <https://glossa.fr/index.php/glossa/article/view/175/174>

Flores, M., Musgrove, K., Renner, S., Hinton, V., Strozier, S., Franklin, S., et al. (2012). A comparison of communication using the Apple iPad and a picture-based communication system. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(2), 74-84. <https://doi.org/10.3109/07434618.2011.644579>

Ganz, J. B., Morin, K. L., Foster, M. J., Vannest, K. J., Genç Tosun, D., Gregori, E. V., & Gerow, S. L. (2017). High-technology augmentative and alternative communication for individuals with intellectual and developmental disabilities and complex communication needs: a meta-analysis. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(4), 224-238. <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1373855>

Grandisson, M., Rajotte, É., Godin, J., Chrétien-Vincent, M., Milot, É., & Desmarais, C. (2020). Autism Spectrum Disorder: How can Occupational Therapists Support Schools? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(1), 30-41. <https://doi.org/10.1177/0008417419838904>

Jasmin, E., Ariel, E., Caron, M. S., Gauthier, A., Pelletier, L., Curren-Briggs, G., & Ray-Kaesler, S. (2019). La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. *Revue canadienne de l'éducation*, 42(1), 222-250. <https://cje-rce.ca/index.php/cje-rce/article/view/3473/2717>

Kagohara, D. M., van der Meer, L., Achmadi, D., Green, V. A., O'Reilly, M., Mulloy, A., et al. (2010). Behavioral intervention promotes successful use of an iPod-

based communication device by an adolescent with autism. *Clinical Case Studies*, 9, 328-338. <https://doi.org/10.1177/1534650110379633>

Kagohara, D. M., Van Der Meer, L., Ramdoss, S., O'Reilly, M. F., Lancioni, G. E., Davis, T. N., et al. (2012). Using iPods® and iPads® in teaching programs for individuals with developmental disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.027>

Light, J., & McNaughton, D. (2012). The changing face of augmentative and alternative communication: past, present, and future challenges. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(4), 197-204. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.737024>

Light, J., & McNaughton, D. (2014). Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 1-18. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.885080>

Maillart, C., & Fage, C. (2020). Collaborer avec l'entourage pour mieux implémenter une CAA. *Travaux Neuchâtelois de Linguistique*, 73, 49-61. <https://doi.org/10.26034/tranel.2020.2998>

Tager-Flusberg, H., & Kasari, C. (2013). Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: the neglected end of the spectrum. *Autism Research*, 6(6), 468-478. <https://doi.org/10.1002/aur.1329>

Autres références

ANFE. (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté le 19 décembre 2024, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

CRA Bourgogne. (2015). *Les signes précoces de l'autisme*. Plaquette d'information. Centre Ressources Autismes Bourgogne. https://www.crabourgogne.org/wp-content/uploads/2024/09/Signes_precoces-2024-Web.pdf

Ferland, F. (2004). *Le développement de l'enfant au quotidien. Du berceau à l'école primaire*. La Collection de l'Hôpital Sainte Justine pour les parents. https://storage.gra.cloud.ovh.net/v1/AUTH_3877b9485d06455c8b7c11a9fadaeb2d/attachments/original/3/4/9/002720349.pdf

INSERM. (2022). *Exposition aux écrans, une cause de l'autisme, vraiment ?* Salle de presse de l'Inserm. Consulté le 24 septembre 2025, à l'adresse <https://presse.inserm.fr/canal-detox/exposition-aux-ecrans-une-cause-de-lautisme-vraiment/>

Étapes du développement de l'enfant | Mieux vivre. (s. d.). Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/enfant/developpement/etapes>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (2018-2022)*. Gouvernement français. <https://sante.gouv.fr/>

Mon Parcours Handicap. (s. d.). *Quelles sont les possibilités d'aménagements et d'adaptations ?* <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr>

Partnering for Change. (2015). *The P4C Model*. McMaster University. <https://www.partneringforchange.ca/what-is-p4c/model/>

Pin, C. (2023). *L'entretien semi-directif*. LIEPP Fiche méthodologique n°3. <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897/>

Table des annexes :

Annexe I : Critères diagnostics du TSA dans le DSM-V :.....	51
Annexe II : Tableaux montrant les stades de développement d'un enfant typique et d'un enfant TSA	52
Annexe III : Représentation du modèle P4C.....	54
Annexe IV : Questionnaire pré-enquête vierge	55
Annexe V : Réponses des sept ergothérapeutes au questionnaire	56
Annexe VI : Guide d'entretien	56
Annexe VII : Formulaire de consentement.....	56
Annexe VIII : Retranscription d'un des entretiens semi-directif.....	56

Annexe I : Critères diagnostics du TSA dans le DSM-V :

A. Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés, actuellement ou dans les antécédents :

1. déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle (ex. : anomalie de l'approche sociale, incapacité à la conversation bidirectionnelle, difficultés à partager des émotions).
2. déficit des comportements de communication non verbaux utilisés pendant les interactions sociales (ex. : anomalie du contact visuel ou du langage du corps, troubles de la communication gestuelle)
3. Déficiences du développement, du maintien et de la compréhension des relations (ex. : difficultés à partager des jeux imaginatifs, à se faire des amis).

Spécifier la sévérité actuelle :

<p>Niveau 3, nécessitant une aide très importante : Déficiences graves de la communication sociale avec un retentissement sévères (ex. : quelques mots sans réciprocité, le contact étant lié aux besoins très directs).</p>	<p>Niveau 2, nécessitant une aide importante : Déficiences marquées de la communication sociale avec un retentissement apparent malgré les aides (ex. : phrase simple avec contact social nettement bizarre).</p>	<p>Niveau 1, nécessitant de l'aide : Sans aide, les déficiences de la communication sociale sont source d'un retentissement observable (ex. : phrase longue possible mais sans échanges sociaux réciproques).</p>
--	---	---

B. Caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts (au moins deux des éléments suivants) actuellement ou dans les antécédents :

1. caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage ;
2. intolérance au changement, adhésion inflexible aux routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés ;
3. intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit par leur intensité soit dans leur but ;
4. hyper- ou hyporéactivité sensorielle ou intérêts inhabituels pour les aspects sensoriels de l'environnement.

Spécifier la sévérité actuelle :

<p>Niveau 3, nécessitant une aide très importante : Comportement inflexible, difficulté extrême aux changements.</p>	<p>Niveau 2, nécessitant une aide importante : Difficultés dans les changements suffisamment marquées pour être visible par un observateur non averti et dans plusieurs contextes.</p>	<p>Niveau 1, nécessitant de l'aide : Le manque de flexibilité du comportement a un retentissement observable dans au moins un contexte (ex. : difficulté de passer d'une activité à l'autre).</p>
--	--	---

Annexe II : Tableaux montrant les stades de développement d'un enfant typique et d'un enfant TSA

Tableau montrant les stades de développement social d'un enfant typique et d'un enfant TSA

(Ferland, F. (2004) / (Étapes du Développement de L'enfant | Mieux Vivre, s. d.) / Centre Ressources Autismes Bourgogne. (2015)) :

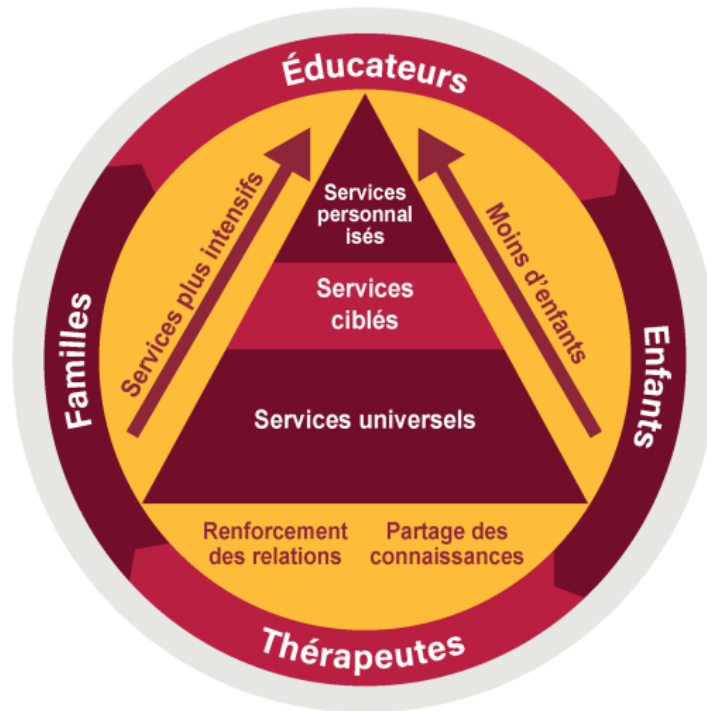
Âge	Enfant typique	Enfant atteint de TSA
0-6 mois	L'enfant commence à sourire, il réagit à la présence des personnes qui l'entoure	Absence ou rareté d'un sourire social, anomalie du regard (évitement)
6-12 mois	Cherche l'attention de ses parents	Désintérêt pour les personnes qui l'entourent, pas d'attention conjointe
1-2 ans	S'intéresse aux autres enfants, partage et apprend certains codes sociaux	Ignore les autres et préfère être seul
2-3 ans	Découvre la notion de propriété, Aime jouer avec les autres, difficulté à gérer les émotions négatives	Absence ou pauvreté du jeu, absence d'intérêt pour l'autre
4-6 ans	Comportement altruiste, développe des amitiés, coopère avec les autres	Règles sociales incomprises, peu ou pas de relations amicales (fragiles)

Tableau montrant les stades de développement du langage et de la communication d'un enfant typique et d'un enfant TSA
(Ferland, F. (2004) | (Étapes du Développement de L'enfant | Mieux Vivre, s. d.)/ Centre Ressources Autismes Bourgogne. (2015)) :

Age	Enfant typique	Enfant atteint de TSA
0-12 mois	Gazouillis, cris, s'intéresse aux visages et à la voix, rigole, babillage, réagit à son nom et au « non », utilise des gestes pour se faire comprendre	Enfant passif, bébé très calme ou très excité, suspicion de surdité, peu ou pas de vocalise, pas de babillage
1-2 ans	Premier mot, reconnaît et nomme les objets, comprend des demandes simples, imite des sons 18 mois : sait dire 50 mots	Absence ou retard de langage, absence d'imitation, peu ou pas de compréhension
2-3 ans	2 ans : sait dire 100 mots et comprend 200 mots 3 ans : sait dire 500 mots et en comprend bien plus Comprend des consignes et fait des petites phrases	Langage absent, émergent ou sans intention : monologue, répétition (écholalie), façon inhabituelle de parler (voix atone ou chantante)
3-5 ans	Chante des comptines, dit environ 1000 mots (3 ans), peut se présenter, comprend des consignes multiples, maîtrise la structure des phrases, connaît plus de 2000 mots (5 ans), comprend les différents types de phrases,	Langage absent ou avec des difficultés importantes : tour de parole, sujet de conversation... enfant qui parle souvent de la même chose
5-6 ans	Fait des phrases avec des temps, invente des histoires, 6 ans : 10 000 mots	

Annexe III : Représentation du modèle P4C

PARTNERING FOR CHANGE: P4C
Bâtir la Capacité grâce à la Collaboration à l'en Cadrement dans le Contexte



© Missiuna, Pollock, Campbell, Levac and Whalen, *CanChild*, McMaster University, 2016

Annexe IV : Questionnaire pré-enquête vierge

Questionnaire de pré-enquête

Description du formulaire

B *I* U ↻ ☰ ☷ ✕

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ? *

Réponse longue
.....

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ? *

Réponse courte
.....

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

Réponse longue
.....

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

Réponse longue
.....

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

Réponse longue
.....

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ?

Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

Réponse courte
.....

Annexe V : Réponses des sept ergothérapeutes au questionnaire

Ergothérapeute 1 :

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

Annexe VI : Guide d'entretien

- IME

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ?

- 7-20 ans, pas de qualifications scolaires (orientation ESAT pour la plupart)

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

- Makaton majoritairement, pictogramme, tableaux de communication

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

- Oui. Meilleure adaptation des autres élèves / encadrants aux besoins

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

- Oui

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ? Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

- Réponse positive

Ergothérapeute 2 :

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- Libéral

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ?

- Classe Ulis avec une classe de référence en CE2

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

- Tablette avec logiciel avazapp

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

- Oui complètement, l'enfant a pu faire des demandes spontanées, manifester son besoin de pause ou besoin plus spécifique, participer à des activités plus complexes où il n'était pas attendu

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

- Elle est essentielle mais aussi avec l'ensemble des partenaires de communication avec qui l'enfant peut échanger : AESH, parents, autres professionnels

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ? Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

- Réponse positive

Ergothérapeute 3 :

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- Libéral

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ?

- 10 ans CM1

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

- Tablette

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

- Oui, il a pu apporter de l'aide à des élèves de l'ULIS

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

- Oui mais il est très difficile de maintenir l'outil en action, souvent laissé au placard.

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ? Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

- Réponse positive

Ergothérapeute 4 :

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- Cabinet libéral

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ?

- CP

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

- Classeur de communication avec des pictogrammes pour faciliter les échanges (adultes / élèves), emploi du temps visuel sur sa table pour l'aider à se repérer et séquencer les tâches avec récompense positive entre chaque activité pour stimuler l'engagement, fiche visuelle de repérage et d'expression des émotions / des besoins de l'enfant pour l'aider à faire savoir quand il ne va pas bien et pourquoi et pour les camarades à repérer ses besoins (être tranquille, être aidé, ne pas comprendre)

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

- Oui sur son engagement dans la tâche, il savait ce qu'on attendait de lui (picto des consignes), le temps qu'il avait (timer) et avait la récompense de son choix à la fin (lecture, dessin, jeu, temps calme) - sur le collectif cela a apporté une meilleure compréhension de ses besoins et de ses réactions par les pairs (tendance sinon à montrer son mécontentement corporellement, pas toujours bien compris et accepté de ses pairs) et du coup a facilité les échanges avec ses pairs (moins de mise à distance ou de rejet face à l'incompréhension)

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

- Indéniablement, elle est essentielle, l'ergothérapeute est là pour apporter les outils, faciliter leurs créations, leurs mises en place, expliquer le bienfait pour l'enfant compte tenu de ses particularités, cela a pu être testé au préalable en séances et à la maison avant l'introduction en classe qui nécessite bien évidemment la participation pleine et entière de l'enseignant, son engagement dans le projet, le sens qu'il y met et qu'il y trouve pour faciliter la vie de l'élève dans sa

classe. Intérêt pour l'ergothérapeute de s'adapter au fonctionnement de l'enseignant et de la classe pour que l'outil fonctionne le mieux possible plutôt que de plaquer des outils "types"

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ? Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

- Réponse positive

Ergothérapeute 5 :

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- Libéral

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ?

- 4 ans et 5 ans

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

- Classeurs de communication et tablette

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

- Sur la communication avec l'AESH et la maitresse principalement. Et sur le comportement.

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

- Indéniablement les deux fois.

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ? Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

- Réponse positive

Ergothérapeute 6 :

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- IEM

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ?

- Enseignement spécialisé ; enfants de 3 à 20 ans ; niveau scolaire crèche-CE2

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

- Propositions multimodales : Makaton, pecs, lsf, français signé, pictogramme, tablette avec td snap

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

- Diminution de la frustration/ temps de colère-tristesse
- Meilleure disposition pour les apprentissages
- Augmentation de l'autonomie au sein de la classe
- Augmentation des interactions avec les pairs
- Sentiment d'appartenir au groupe

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

- Oui, la collaboration est nécessaire afin d'adapter aux mieux le support aux besoins de terrain... les retours de l'enseignante permettent à l'ergothérapeute d'ajuster les pictogrammes, de créer des raccourcis plus rapides dans le support de communication, d'enregistrer si besoin les phrases les plus utilisées, de revoir avec l'enfant des difficultés rencontrées... il faut aussi une bonne entente entre les professionnels pour uniformiser la pratique-prise en main

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ? Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

- Réponse positive

Ergothérapeute 7 :

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- Libéral

Quel était l'âge et le niveau scolaire de l'enfant auprès duquel vous êtes intervenu(e) ?

- De 1 à 18 ans, de la maternelle au collège puis secteur IMPro

Quel(s) outil(s) avez-vous mis en place au sein de la classe ? (PECS, Tablette, Makaton, classeur de communication ...)

- PODD, tablettes et TLA

Selon vous, cet outil a-t-il eu un impact positif sur les activités de groupe ou les temps collectifs ? Si oui, précisez les améliorations observées

- Oui selon les enseignants et les équipes au sein de l'ULIS on peut observer une différence significative dans la participation de l'enfant

Pensez-vous que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant a été un atout pour la mise en place de l'outil en classe ?

- Oui même s'il faudrait pouvoir se rendre à l'école très régulièrement et former les enseignants pour permettre d'implémenter plus facilement outils de communication en classe surtout en milieu ordinaire en dehors de l'ULIS

Souhaitez-vous me laisser vos coordonnées (adresse mail ou autre moyen de contact) ? Cela me permettrait de vous recontacter dans le cadre de la suite de mon travail, notamment pour la future enquête qui sera menée.

- Réponse positive

Annexe VI : Guide d'entretien

Bonjour,

Tout d'abord je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez aujourd'hui. Nous nous contactons dans le cadre d'un entretien semi directif visant à pouvoir répondre à ma question de recherche ainsi qu'à mes hypothèses sur le sujet suivant : la collaboration ergothérapeute-enseignant auprès d'enfants TSA non verbaux dans la mise en place d'un outil de communication augmentatif et alternatif au sein d'écoles ordinaires.

Pour rappel, l'entretien sera enregistré en audio afin que je puisse retranscrire de manière exacte vos propos, les données resteront confidentielles et seront anonymisés, elles seront utilisées uniquement dans le cadre de mon projet de recherche.

L'entretien a pour objectif d'explorer votre perception et expérience professionnelle sur le sujet, afin n'hésitez pas à illustrer vos propos par des exemples issus de votre pratique.

Entretien Ergothérapeute :

1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?
Année d'obtention du diplôme ? Quel institut de formation ? Avez-vous effectué des formations ? Lieu d'exercice actuel ? Parcours professionnel ?
2. Pouvez-vous me décrire le ou les enfants pour lequel l'outil de communication a été mise en place ?
3. Comment qualifierez-vous le niveau de langage de l'enfant pour lequel l'outil a été mis en place ?
4. De quelles manières l'enfant utilise-t-il le langage non verbal pour communiquer ?

5. Quelles conséquences les difficultés de langage de l'enfant avaient-elles sur son fonctionnement au sein de la classe ? (Participation aux activités, Interactions avec les pairs, comportements, frustration, isolement)
6. Quel a été votre rôle auprès de l'enfant dans ce contexte ? Et plus spécifiquement auprès de l'outil de communication ?
7. Comment s'est déroulée la création de l'outil de communication ? (Était-ce une co-construction ? Quel a été le rôle de chacun ?)
8. Qu'est-ce que le partenariat avec l'enseignant vous a apporté, et comment qualifieriez-vous ce partenariat ?
9. En quoi le partenariat a-t-il influencé la mise en place de l'outil de communication ?
10. Selon vous, ce partenariat a-t-il favorisé une utilisation plus efficace de l'outil ?
11. Quels effets avez-vous observés sur la participation de l'enfant depuis la mise en place de l'outil ? (Type de participation : orale, gestuelle, sociale, Participation spontanée ou sollicitée ? Quelles évolutions dans le temps ?)
12. Qu'est-ce que l'outil de communication a permis de développer chez l'enfant ? (Autonomie, Confiance en soi, Relations sociales)
13. En quoi l'outil a-t-il contribué au développement des compétences communicationnelles de l'enfant ? Quel type de compétences (expressives/interactionnelle) ?
14. Comment la participation de l'enfant aux activités collectives a-t-elle évolué depuis l'utilisation de l'outil ?
15. À quels moments l'enfant utilise-t-il son outil et de quelle manière dans le cadre scolaire ?

16. Dans le cadre de mon mémoire, je m'appuie sur le modèle P4C ? Le connaissez-vous, l'utilisez-vous ? Si oui, de quelle manière ?

Entretien Enseignant :

1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?
Année d'obtention du diplôme ? Avez-vous effectué des formations ? Lieu d'exercice actuel ? Parcours professionnel ? Avec quel niveau de classe exercez-vous ?
2. Pouvez-vous me décrire l'enfant pour lequel l'outil de communication a été mis en place ?
3. Comment qualifieriez-vous le niveau de langage de l'enfant pour lequel l'outil de communication a été mis en place ?
4. De quelles manières l'enfant utilise-t-il le langage non verbal pour communiquer ?
5. Quelles étaient les conséquences du défaut de langage de l'enfant au sein de la classe ? (Sur sa participation aux activités ? Sur ses interactions avec les autres élèves ? Sur son comportement ou sa posture d'élève ?)
6. Avez-vous mis des stratégies/adaptations en place avant la prise en charge de l'ergothérapeute auprès de l'enfant ? Cela a-t-il fonctionné ?
7. Quel a été votre rôle auprès de l'enfant dans ce contexte ? Et plus spécifiquement auprès de l'outil de communication ?
8. Pouvez-vous me parler de votre collaboration avec l'ergothérapeute ? (Comment se sont déroulés les échanges ? Quelle a été votre place dans ce partenariat ?)
9. Comment s'est déroulée la construction de l'outil avec l'ergothérapeute ? Comment cela a été fait ?

10. Selon vous, le partenariat ergothérapeute-enseignant a-t-il favoriser une mise en place plus efficace de l'outil ?
11. Quels effets avez-vous observés sur la participation de l'enfant depuis la mise en place de l'outil ? (Type de participation : orale, gestuelle, sociale, Participation spontanée ou sollicitée, engagement scolaire)
12. En quoi l'outil a-t-il contribué au développement des compétences communicationnelles de l'enfant ? Quel type de compétences (expressives/interactionnelle) ?
13. Qu'est-ce que l'outil de communication a permis de développer chez l'enfant ? (Autonomie, Confiance en soi, Relations sociales)
14. Comment la participation de l'enfant aux activités collectives a-t-elle évolué depuis l'utilisation de l'outil ?
15. Qu'est-ce que l'intervention de l'ergothérapeute vous a apporté dans votre pratique d'enseignant(e) ?

Annexe VII : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire d'initiation à la recherche, vous êtes invité(e) à participer à un entretien réalisé par VIGOR Lorelei, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'institut de Formation La Musse (27180 Saint Sébastien de Morsent).

Le mémoire porte sur la collaboration ergothérapeute-enseignant dans le cadre de la mise en place d'un outil de communication augmentatif et alternatif auprès d'enfants TSA non verbaux au sein d'écoles ordinaires.

Votre participation à ce projet consiste en la réalisation d'un entretien semi-directif d'une durée approximative de 45 minutes. Cet entretien peut être réalisé selon la forme de votre choix : appel téléphonique, visioconférence ou par entretien physique.

L'entretien sera enregistré uniquement sous format audio, afin de permettre une retranscription exacte de vos propos. Cet enregistrement sera seulement utilisé dans le cadre du projet de recherche. Par ailleurs, toutes les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et seront anonymisées.

Vous êtes invité(e) à donner votre consentement à travers la signature de ce document.

Je soussigné(e) :

.....

- Avoir pris connaissance des informations mentionnées dans le formulaire.
- Accepte de participer de manière volontaire à cette recherche.
- Autorise l'enregistrement audio de l'entretien, en sachant que les données seront anonymisées et utilisées dans le cadre d'un projet d'étude.

Fait à

Le

Signature du professionnel :

Signature de l'étudiant :

Annexe VIII : Retranscription d'un des entretiens semi-directifs

Bonjour,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez aujourd'hui. Nous nous contactons dans le cadre d'un entretien semi-directif visant à pouvoir répondre à ma question de recherche ainsi qu'à mes hypothèses sur le sujet suivant : la collaboration ergothérapeute auprès d'enfants TSA non verbaux dans la mise en place d'un outil de communication augmentatif et alternatif au sein d'écoles ordinaires.

Pour rappel, l'entretien sera enregistré en audio afin que je puisse retranscrire de manière exacte vos propos. Les données resteront confidentielles et seront anonymisées ; elles seront utilisées uniquement dans le cadre de mon projet de recherche.

L'entretien a pour objectif d'explorer votre perception et votre expérience professionnelle sur le sujet, alors n'hésitez pas à illustrer vos propos par des exemples issus de votre pratique.

E6 : Ça marche, très bien !

Étudiante : « **Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ? Année d'obtention du diplôme ? Quel institut de formation ? Avez-vous effectué des formations ? Lieu d'exercice actuel ? Parcours professionnel ?** »

E6 : Alors moi, du coup, je suis XX, ergothérapeute depuis 2017. J'ai eu mon diplôme avec l'institut de formation de XX. Et du coup, j'ai commencé à travailler à Paris dans deux structures, deux IME : un IME pour enfants avec troubles du langage, donc c'est là où j'ai commencé à pratiquer les outils de communication alternative, et un autre IME, du coup, spécialisé pour les enfants polyhandicapés qu'on peut aussi appeler EEAP (établissement pour enfants en situation de handicap). Ensuite, j'ai fait un an à Caen dans un EHPAD et dans une équipe spécialisée Alzheimer. Et depuis 2023, je suis revenue en structure enfant, donc on appelle ça maintenant les dispositifs, c'est-à-dire que c'est toujours des enfants qu'on accompagne qui ont des notifications IME, SESSAD ou alors IMPro pour les plus âgés. Mais du coup, ils sont dans les établissements scolaires ordinaires pour la plupart, ils ont des classes externalisées qu'on appelle. On délocalise l'IME dans les établissements scolaires pour favoriser l'inclusion.

Au niveau des formations par rapport à la communication alternative, j'en ai eu plusieurs : j'ai eu la formation langue des signes française niveau 1, la formation PODD deux fois (tous les classeurs PODD), une formation certifiante intervenante en communication alternative et améliorée par Isaac francophone, mais maintenant elle n'existe plus malheureusement. J'ai eu aussi des sensibilisations sur tous les logiciels : TD Snap, Grid et aussi sur comment évaluer.

Étudiante : Ok, très bien. « **Pouvez-vous me décrire le ou les enfants pour lesquels l'outil de communication a été mis en place ?** »

E6 : Alors on a des enfants quand même beaucoup qui présentent des TSA, qu'ils soient oralisants ou non oralisants. On a également des enfants trisomiques, des enfants avec un trouble du langage type dysphasie, dans le cadre ou non de syndromes génétiques, et des enfants avec retard de langage, en lien avec leur pathologie qui peut être diverse au niveau des syndromes génétiques. Et également une enfant avec paralysie cérébrale. Donc c'est varié.

Étudiante : Et du coup pour les enfants non oralisants plutôt, « **Comment qualifieriez-vous le niveau de langage des enfants pour lesquels l'outil a été mis en place ?** »

E6 : Ça dépend, la plupart en tout cas non oralisants, ils peuvent avoir des approximations de sons. En fait, je pense à un enfant TSA qui peut avoir l'intonation de bonjour, mais il va faire « hum-hum ». Parfois, il peut y avoir quelques mots et encore. Pour ceux qui sont non oralisants, il y en a qui ont vraiment zéro langage oral présent.

Étudiante : « **De quelles manières ces enfants utilisaient-ils le langage non verbal pour communiquer ?** »

E6 : Beaucoup de gestes, l'expression du visage est difficile. Je pense à un jeune où vraiment il n'y a aucune émotion qui sort au niveau du visage, mais il communiquait par gestes, beaucoup par signes. Du coup, il avait commencé à apprendre les signes assez jeunes, donc c'était son moyen de communication le plus privilégié, qui lui permettait de communiquer au quotidien. Mais sans outil, c'est littéralement impossible pour lui d'entrer en communication fonctionnelle.

Étudiante : Oui, c'était que pour faire des petites demandes.

E6 : Voilà, exactement !

Étudiante : « **Quelles conséquences les difficultés de langage de l'enfant avaient-elles sur son fonctionnement au sein de la classe ? (Participation aux activités, interactions avec les pairs, comportements, frustration, isolement)** »

E6 : Est-ce que tu veux qu'on prenne la situation d'un jeune en particulier ou il faut que j'expose un peu différentes situations ?

Étudiante : Bah on peut exposer plusieurs situations ou en général.

E6 : De manière générale, quand il n'y a pas d'outil de communication pour des jeunes non oralisants, il y a quand même une frustration importante de ne pas pouvoir s'exprimer. Ce qui peut arriver à des comportements défis avec parfois de l'hétéro-

agressivité ou même de l'auto-agressivité. Au niveau de la participation sociale, des jeunes qui participent très peu, ils sont souvent isolés et finalement, s'ils n'ont pas forcément de comportement défi, on peut vite les oublier dans un groupe classe où il y a de nombreux jeunes qui ont des difficultés particulières. Et si certains sont non oralisants et ne participent pas du tout clairement, ils peuvent passer un peu à l'oubli. C'est dommage. Après, j'en ai beaucoup qui finalement font beaucoup d'efforts au sein de la classe, du groupe éducatif. Et en fait, arrivés à la maison, ça pète complètement et il y a des comportements défis avec les parents, beaucoup d'agressivité. Alors que nous, on peut vraiment ne pas voir ça au quotidien.

Étudiante : Ils arrivent à se canaliser le temps de l'école, on va dire, mais après du coup c'est un peu trop.

E6 : Ouais, non, frustration, comportements défis.

Étudiante : Il n'y a pas du tout d'interactions avec les pairs ?

E6 : Généralement, c'est plus avec les adultes parce que les adultes prennent le temps d'identifier un peu au niveau de leur communication non verbale, d'essayer de les faire participer au maximum, mais avec les enfants c'est compliqué souvent entre pairs. Quand il n'y a pas d'outil de communication, il y en a beaucoup moins quand même.

Étudiante : « **Quel a été votre rôle auprès de l'enfant dans ce contexte ? Et plus spécifiquement auprès de l'outil de communication ?** »

E6 : La première étape, c'était de réaliser une évaluation assez complète de la communication, c'est-à-dire : quelles fonctions de communication les jeunes utilisent ? Par quels moyens ? Justement, est-ce que ce sont des gestes ? Est-ce que c'est de la communication non verbale ? Est-ce que c'est des pictogrammes ? Ils n'ont pas forcément d'outils robustes et nous, en tout cas, ils avaient quand même pas mal de pictogrammes isolés, c'est-à-dire des tableaux de demande avec quelques pictogrammes pour faire une demande, mais ça reste très restreint. Donc certains pouvaient se contenter de ça, ils avaient ça pour exprimer des besoins.

Donc, évaluation de la communication d'une manière fonctionnelle au niveau expressif, puis évaluation du profil de compétences, donc c'est-à-dire un profil langagier. Est-ce qu'il y a la capacité de combiner ou pas des pictogrammes ou des mots ? On peut aussi faire un profil sensoriel, ça c'est très important pour adapter l'outil de communication. Est-ce qu'il y a une hypersensibilité visuelle ? Dans ce cas-là, il faut qu'on mette des contrastes, de même pour la plastification, faut que ce soit brillant ou mat... ce genre de détails qui comptent énormément. Puis un profil cognitif aussi, en reprenant un peu toutes les évaluations qui ont été faites auprès des jeunes. Est-ce qu'il y a un temps d'attente important qu'il faut prendre en compte dans l'apprentissage de l'outil ?

Voilà, un profil de compétences assez varié avec bilan orthophonique, bilan ergo aussi au niveau des capacités : est-ce que l'enfant pointe ou pas ? Est-ce qu'il a un autre accès que le pointage ? Combien de pictogrammes il faut lui proposer dans son outil ? Quelles difficultés visuelles aussi on peut avoir ? Pour qu'au niveau de l'agrandissement des supports, de l'espacement des supports, tout ça, on fasse le nécessaire.

Et puis ensuite, l'idée c'était de choisir avec la famille et les équipes quels outils on pourrait mettre en place pour ce jeune.

Et spécifiquement au niveau de l'outil, moi mon travail c'est de l'évaluation à la conception. Si on part sur un classeur de communication PODD, c'est la personnalisation de cet outil-là, pour vraiment le personnaliser au maximum. Ensuite découpage, plastification, assemblage ou alors si c'est sur tablette, bah la personnalisation sur la tablette.

Mais sur la tablette, il y a aussi la partie où on essaie de faire des essais et ensuite, pour que pour le jeune ça fonctionne, il faut qu'il ait sa propre tablette. Donc moi, en tant qu'ergo, c'est aussi pouvoir faire un argumentaire pour une demande à la PCH ou à la MDPH. Et accompagnement ensuite des équipes et des familles.

Étudiante : Oui parce qu'il y a aussi un côté formation de l'entourage ?

E6 : Voilà, exactement !

Étudiante : « **Comment s'est déroulée la création de l'outil de communication ? (Était-ce une co-construction ? Quel a été le rôle de chacun ?)** »

E6 : Au niveau de l'évaluation, dans tous les cas, moi j'implique les familles. Parce qu'il y a toujours une communication qui est différente à la maison et à l'école, c'est toujours différent, donc c'est bien d'avoir une évaluation vraiment globale et dynamique. C'est-à-dire dans plusieurs contextes et sur une durée assez large pour voir vraiment la communication de l'enfant. Et puis, j'essaie de les impliquer au maximum dans le choix des outils. J'ai certaines familles qui ne veulent vraiment pas mettre de tablette, donc on part sur un classeur papier ou alors c'est le contraire. Pour voir aussi au niveau financier, prendre en compte leurs possibilités ou non de financement.

Et par rapport aux enseignants, alors là c'était un peu moins le cas, mais là j'essaie de les impliquer dans l'évaluation aussi parce qu'il y a toute la partie au niveau du bilan scolaire qui peut être intéressante sur les capacités cognitives et linguistiques de l'enfant.

Et puis après, dans tous les cas, les enseignants participent aux formations. Par exemple, on a des formations internes avec un organisme qui s'appelle Capables, qui forme les professionnels et les parents sur les outils PODD. Donc voilà, tout le monde est formé, enseignants, familles aussi, j'essaie au maximum de les inviter. Donc voilà,

ils ont le bagage en tout cas au niveau des formations. Moi je fais des ateliers toutes les semaines avec les enfants et les équipes pour justement montrer comment on modélise avec l'outil de communication, comment on peut l'utiliser. J'ai deux ateliers avec des enseignantes spécialisées, donc le partenariat est super intéressant. Après, par rapport aux enseignants en milieu ordinaire, on essaie de faire des sensibilisations et par exemple avec les coordinateurs/coordinatrices ULIS, les enseignants ULIS, c'est quand même beaucoup plus simple, ils sont beaucoup plus formés aux outils de compensation et du coup plus sensibles.

Étudiante : Très bien. « **Qu'est-ce que le partenariat avec l'enseignant vous a apporté, et comment qualifieriez-vous ce partenariat ?** »

E6 : Je dirais qu'effectivement ce n'est pas forcément facile parce que les enseignants parfois restent aussi dans leur espace classe et ils ont déjà un peu leurs outils, et amener un outil de communication de l'enfant, ça nécessite qu'ils aient aussi des temps de communication avec lui. Et ce n'est pas évident quand ils ont un groupe qui est conséquent, on sait très bien que la différenciation n'est pas évidente à suivre pour les enseignants, mais je trouve que ça bouge de plus en plus.

Et en fait, pour les jeunes qui ont des troubles de la communication, finalement en pratique ils arrivent à voir l'intérêt dans la construction du langage, faire des phrases avec des pictogrammes, utiliser des TLA. On a maintenant beaucoup de demandes parce qu'ils voient vraiment l'intérêt.

Et puis je trouve que pour nous de l'autre côté c'est aussi très riche parce que finalement, qu'est-ce qu'on recherche ? C'est l'école inclusive et en fait il faut vraiment qu'on travaille avec les enseignants parce que c'est eux qui vont être les intermédiaires avec tous les autres élèves et voilà, il faut vraiment les impliquer. Et je trouve que ça bouge de plus en plus et c'est chouette.

Donc là tu vois, on a même parlé de mettre en place un TLA géant en récréation et dans la classe pour une jeune et pour d'autres parce qu'on se rend compte que même des jeunes qui n'ont pas de troubles de la communication, parfois avoir un support pour exprimer quelque chose ça aide, c'est utile pour tout le monde, même ceux qui à la base n'auraient pas de difficulté.

Étudiante : « **En quoi le partenariat a-t-il influencé la mise en place de l'outil de communication ? Selon vous, ce partenariat a-t-il favorisé une utilisation plus efficace de l'outil ?** »

E6 : Franchement, quand on a le partenariat et qu'on a des partenaires de communication qui vont tous dans la même direction, on sait très bien que c'est tellement plus efficace. L'idée, c'est quand l'enfant apprend à utiliser son outil de communication, il faut qu'il soit baigné dedans. Donc que ce soit à la maison, en classe, sur le groupe éducatif ou à l'extérieur pour qu'il puisse vraiment l'utiliser. En tout cas qu'on puisse leur montrer le modèle et qu'il utilise l'outil. Parce qu'on a trop vu d'outils

de communication qui sont mis en place et en fait l'enfant ne sort pas son outil, ne l'utilise pas parce que toutes les méthodes d'apprentissage de cet outil n'ont pas été appliquées.

Donc pour le coup, quand on a la classe et la famille avec nous, on voit que les enfants apprennent beaucoup plus rapidement et arrivent à s'exprimer avec les outils de manière plus autonome quoi. C'est vraiment le bain de langage et la modélisation quotidienne qui sont essentiels et qui font partie vraiment des principes d'apprentissage de l'outil de communication.

Étudiante : « **Quels effets avez-vous observés sur la participation de l'enfant depuis la mise en place de l'outil ? (Type de participation : orale, gestuelle, sociale, participation spontanée ou sollicitée ? Quelles évolutions dans le temps ?) »**

E6 : Ça peut être, je te disais par rapport au langage, il y a quand même une construction de syntaxe qui est possible avec des outils de communication. Du coup, une communication qui peut se transférer aussi à l'extérieur, mais pouvoir produire des messages plus élaborés justement en utilisant des verbes, en utilisant des sujets, en faisant des compléments, c'est vraiment tout ce travail-là de construction de langage qui va ensuite leur servir au quotidien. Et notamment sur les fonctions de communication qui sont davantage diversifiées parce que très souvent, on s'arrêtait à ce qu'il fasse une demande (il te demandait une collation) mais ce n'est pas ça la communication quotidienne.

Donc c'est pouvoir faire des commentaires, faire des blagues et tout ça, on peut aussi le faire dans un contexte de classe et le transférer parce que les outils de communication robustes leur permettent de le faire.

Étudiante : Ça permet vraiment d'exprimer ce qu'ils peuvent ressentir, au niveau de leurs émotions, de leur ressenti sur ce qu'il se passe dans leur environnement finalement.

E6 : Tout à fait ! Tu vois, faire des commentaires sur les autres aussi. Très souvent ils font une demande, OK, mais dire qu'un tel est tombé, tu vois tout ce genre de commentaires. Prendre en compte en fait tout l'environnement et pouvoir être dans une participation occupationnelle et sociale quoi, c'est vraiment le but. Sans ça, sans les outils de communication robustes, on ne peut pas l'avoir.

Étudiante : Est-ce que ces enfants arrivent à avoir une participation spontanée ?

E6 : Alors c'est tout un apprentissage, mais pour certains oui. C'est juste que ce qui prend du temps c'est quand même la modélisation, elle prend du temps. La modélisation, c'est le fait que les partenaires puissent montrer le modèle pour qu'ensuite ils l'utilisent de manière spontanée, ça peut être sur des messages très ciblés quoi.

Finalement, la demande ça reste quelque chose qu'ils arrivent à faire spontanément. C'est très motivant pour eux de pouvoir demander quelque chose et de l'avoir. J'ai un jeune qui connaît très bien le chemin de : « je veux manger quelque chose ». Ça s'est bien automatisé.

Après certains, ils arrivent plus à le faire de manière spontanée avec des TLA. On est sur un TLA jeu et puis je montre une fois comment on dit « t'es trop forte, t'as gagné » et en fait après il le redit plusieurs fois de manière spontanée. Mais c'est vrai que sur les outils PODD, pour arriver à un chemin du pictogramme souhaité, ça peut être un peu plus long.

C'est plus facile sur les tablettes, par exemple ça va plus vite, la spontanéité est plus présente. Mais c'est tout un travail et même le fait qu'ils puissent sortir leur outil de communication de manière spontanée, c'est déjà super. Ça n'arrive pas tout de suite, faut les guider là-dessus. Il faut vraiment les solliciter au début pour que justement ça soit un peu automatisé le fait de sortir son outil de communication à chaque fois finalement.

Puis au départ, on ne les sollicite même pas, c'est l'adulte. Il faut qu'il soit vigilant à ce que l'outil de communication soit tout le temps près de lui, c'est comme une paire de lunettes. Il faut qu'on soit vigilant là-dessus et ensuite on apprend petit à petit à lui dire : « là tu sors ton classeur », « oh tu n'as pas oublié quelque chose ? »

Étudiante : « Qu'est-ce que l'outil de communication a permis de développer chez l'enfant ? (Autonomie, confiance en soi, relations sociales) »

E6 : Autonomie, je dirais de pouvoir exprimer ses besoins et ses demandes quotidiennes, pouvoir faire des choix. C'est vraiment tout à fait possible. Au niveau des interactions sociales, je trouve qu'effectivement avant de mettre en place des outils de communication, je te disais que c'était plus difficile avec les pairs.

Avec des outils, ça marche beaucoup sur la tablette, ils sont beaucoup plus dans un échange, ça rassemble parce que c'est un outil de partage. Et puis quand on personnalise, on met des photos des copains et de la famille. Ça leur permet aussi de montrer aux autres : « ça c'est ma maman ».

Étudiante : Oui, ça permet vraiment d'avoir des sujets de conversation qu'ils ne pouvaient pas avoir.

E6 : Oui tout à fait ! Et la confiance en eux, bah oui je trouve que dans tous les cas, car ils apprennent aussi à refuser des choses avec l'outil de communication : « je ne veux pas », enfin prendre vraiment sa position et faire ses choix libres et éclairés. Après nous ils sont encore jeunes, ils ont tout ça à apprendre, mais déjà en tout cas ils ont l'opportunité de pouvoir exprimer tout ce qu'ils veulent et du coup avoir confiance. Parce que sans outils ils n'ont pas l'opportunité de le faire.

Étudiante : Oui, ils sont vraiment présents en tant que personnes, on les voit, ils sont là.

E6 : Tout à fait, ils peuvent participer à la société. Donc c'est chouette. Après ça reste plus difficile quand il y a l'extérieur, on essaye de faire au maximum des activités à l'extérieur, aller à la boulangerie, aller dans un bar pour demander des choses. Les partenaires extérieurs sont très sensibles à ça, mais parfois ça peut être encore difficile. Je pense plutôt au classeur PODD où tu vois des personnes qui ne connaissent pas forcément l'outil, ça peut être encore un frein, mais bon il faut le travailler et je trouve que c'est aussi apprendre à l'enfant à utiliser l'outil à l'extérieur aussi pour qu'il prenne confiance.

Étudiante : Qu'il soit vraiment acteur de sa vie finalement. **« En quoi l'outil a-t-il contribué au développement des compétences communicationnelles de l'enfant ? Au niveau expressif et réceptif ? »**

E6 : Ouais tout à fait, j'en ai beaucoup qui ne comprennent pas, en tout cas qui perçoivent très peu la voix humaine et ont des difficultés à comprendre le langage oral. Et donc le seul moyen pour nous de pouvoir leur faire comprendre ce qu'on dit c'est d'utiliser l'outil de communication. Donc les adultes modélisent, parlent avec lui avec l'outil de communication. Sinon il ne comprend pas.

Au niveau expressif, je trouve que déjà rien que quand on a commencé par des TLA, on voyait vraiment qu'on sortait des pictogrammes isolés où on pouvait dire juste « le gâteau », mais quoi ? : « tu aimes le gâteau / tu veux le gâteau / tu as vu le gâteau », enfin voilà.

On est vraiment dans cette production de messages élaborés, de combinaisons de mots. Avant, on était beaucoup dans du vocabulaire spécifique, donc c'est-à-dire beaucoup de noms communs. Et donc l'outil les amène vers du vocabulaire aussi de base et en fait notre vocabulaire de base ce sont des verbes courants, des pronoms. Ça permet vraiment qu'ils aient une communication beaucoup plus complète et autonome.

Étudiante : Oui, il donne vraiment du sens à ce qu'ils ont envie de dire finalement.

E6 : C'est ça tout à fait, et puis souvent nous on interprète, t'es en train d'essayer de savoir qu'est-ce qu'il voulait dire avec le gâteau et donc là il a l'opportunité de pouvoir exprimer davantage. Puis au niveau oral, on a aussi des jeunes qui depuis la mise en place d'outils de communication, ils étaient déjà un peu oralisants, là on est plus sur le côté communication augmentée où justement on vient mettre en place pour qu'il puisse augmenter son langage oral. Et là on commence à le voir, certains oralisent de plus en plus, commencent à dire des petites phrases, ce qui n'était pas le cas avant. Donc on voit la différence aussi au niveau de l'utilisation du langage oral.

Étudiante : Oui pour eux, c'est vraiment un soutien pour essayer justement d'augmenter tout ce vocabulaire et les aider.

E6 : Oui, ce qui est le plus difficile je trouve pour les jeunes oralisants, c'est de faire comprendre l'utilité de l'outil. Car les limites de la CAA sont bien présentes, mais que les outils de CAA freinent le langage oral, ça faut vraiment qu'on arrive à leur montrer que ce n'est pas le cas, c'est vraiment un soutien. Ça ne va pas empêcher l'enfant de parler. Aucune étude ne montre que ça freine, au contraire justement, donc allons-y. Mais pour des parents ça peut être difficile, c'est un long chemin parfois.

Étudiante : « **Comment la participation de l'enfant aux activités collectives a-t-elle évolué depuis l'utilisation de l'outil ?** »

E6 : Elle s'est améliorée. Je trouve que par exemple on fait un atelier histoire avec une enseignante et en gros on prend une histoire et je fais un TLA en fonction de l'histoire. Et donc on le projette dans la classe et chaque jeune a son TLA et puis on essaie de les faire participer. Donc ils vont au tableau, ils vont pointer sur le TLA géant les pictogrammes en fonction des questions qu'on leur pose. Donc oui c'est vraiment un outil qui leur permet de participer aux apprentissages et du coup avoir des interactions sociales via ces outils quoi.

Étudiante : « **Dans le cadre de mon mémoire, je m'appuie sur le modèle P4C. Le connaissez-vous, l'utilisez-vous ? Si oui, de quelle manière ?** »

E6 : Non je ne connais pas. En tout cas, tu as un modèle d'intervention, c'est un modèle de participation. Ce n'est pas un modèle conceptuel, ça traite de la démarche de CAA : par quoi on commence ? On évalue la communication fonctionnelle, on évalue le profil de compétences. En tout cas c'est vraiment recommandé et moi je me base là-dessus quoi pour construire ma démarche.

Étudiante : D'accord, je vous remercie pour votre temps.

La communication de l'enfant TSA non verbal : un objectif commun de la collaboration ergothérapeute-enseignant dans un contexte d'école ordinaire

Vigor Lorelei

Résumé : Ce mémoire analyse l'impact d'un outil de communication alternatif et augmenté (CAA), co-construit par l'ergothérapeute et l'enseignant, sur la participation des enfants TSA non verbaux en classe ordinaire. L'objectif est d'évaluer l'amélioration de leur participation scolaire grâce à cet outil. La méthodologie repose sur une approche hypothético-déductive croisant les données de terrain et la littérature scientifique. Une étude qualitative a été menée à travers des entretiens semi-directifs réalisés auprès de six ergothérapeutes et d'un enseignant, puis analysés par une analyse thématique. Les résultats montrent que l'outil de CAA favorise le développement des compétences communicationnelles, l'autonomie, la confiance en soi et les interactions sociales de l'enfant. Ce qui améliore grandement sa participation au sein du groupe classe. Cette étude souligne l'importance d'une collaboration entre ergothérapeute et enseignant pour proposer un outil adapté et efficace. Ainsi, la CAA ne compense pas uniquement l'absence de langage oral, c'est un véritable levier d'inclusion scolaire pour les enfants TSA non verbaux.

Mots clés : Enfants TSA non verbaux, communication alternative et améliorée, collaboration ergothérapeute-enseignant, école ordinaire

Communication of the nonverbal child with Autism Spectrum Disorder (ASD): a shared objective of occupational therapist–teacher collaboration in a mainstream school setting

Abstract : This dissertation analyzes the impact of an Augmentative and Alternative Communication (AAC) tool, co-constructed by the occupational therapist and the teacher, on the participation of non-verbal children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in mainstream classrooms. The objective is to assess the improvement of their school participation through the use of this tool. The methodology is based on a hypothetico-deductive approach, combining field data and findings from the scientific literature. A qualitative study was conducted through semi-structured interviews with six occupational therapists and one teacher, followed by thematic analysis. The results show that the AAC tool promotes the development of communication skills, autonomy, self-confidence, and social interactions in children, thereby greatly improving their participation within the classroom group. This study highlights the importance of collaboration between occupational therapists and teachers in providing an appropriate and effective tool. Thus, AAC does not merely compensate for the absence of spoken language; it is a genuine lever for the school inclusion of nonverbal autistic children.

Keywords : Non-verbal children with Autism Spectrum Disorder (ASD), Augmentative and Alternative Communication (AAC), occupational therapist–teacher collaboration, mainstream schooling