Mémoire de fin d'études

Université de Limoges

Institut Limousin de FOrmation aux MÉtiers de la Réadaptation

Orthophonie

Inclusion scolaire des élèves avec un Trouble du Spectre Autistique : représentations, ressources, ressentis et attentes des enseignants du cycle secondaire

Mémoire présenté et soutenu par
Sandra Sabaté

En juin 2019

Mémoire dirigé par
Juliette Elie-Deschamps
Maître de Conférences

Membres du jury
Mme. Agnès Thibault, orthophoniste, directrice des études et du contrôle des aptitudes, ILFOMER
Mme. Valérie Moriau, orthophoniste

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Remerciements

Je remercie madame Elie-Deschamps d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire, de m'avoir accompagnée, encouragée, soutenue et conseillée tout au long de ce projet.

Je remercie toute la direction de l'ILFOMER, notamment madame Thibault et madame Pépin-Boutin qui dirigent la filière orthophonie. Je remercie également madame Méchin et monsieur Prot pour leur accompagnement et leurs conseils avisés.

Je remercie madame Labruyère et madame Levitre d'avoir relu mon mémoire avec attention et de m'avoir prodigué leurs conseils.

Je remercie monsieur Roumiguière, documentaliste du CRA Limousin, pour son accueil et ses recommandations.

Je tiens également à remercier tous les enseignants ayant accepté de donner de leur temps en participant à cette étude.

Je remercie mes camarades de promotion pour leur soutien et leur amitié durant les cinq années passées ensemble.

Je remercie Guilhem, mon frère, pour sa bonne humeur, son optimisme, son soutien et ses encouragements.

Je remercie Maman pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée, pour tous ses conseils et ses encouragements, ainsi que pour son soutien sans faille.

Je remercie Romain pour l'aide inestimable qu'il m'a apportée, ainsi que pour son soutien sans limite ; merci de m'avoir épaulée et encouragée tout au long de ce projet.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Droits d’auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : *http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/*

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux 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 de ces diplômes.

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 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Sandra Sabaté

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformée.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 10 mai 2019

Suivi de la signature.

Article 2 :

« 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 » .

Article 3 :

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 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Vérification de l’anonymat

Mémoire DE Orthophoniste

Session de juin 2019

Attestation de vérification d’anonymat

Je soussignée Sandra Sabaté

Etudiante de 5ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l’anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l’anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : vendredi 10 mai 2019

Signature de l’étudiante

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des matières

Introduction 10
Partie théorique 11
1. Le Trouble du Spectre Autistique (TSA) 11
1.1. Définition et épidémiologie 11
1.2. Histoire 12
1.3. Les Plans Autisme 13
1.4. Symptomatologie 15
1.4.1. Langage oral et langage écrit 15
1.4.2. Cognition sociale et communication non verbale 16
1.4.3. Fonctions exécutives et cohérence centrale 18
1.4.4. Troubles sensoriels et alimentation 18
1.4.5. Troubles psychomoteurs 19
1.4.6. Troubles associés 19
2. Prise en charge thérapeutique et éducative en France 20
2.1. Recommandations et prise en charge 20
2.2. Rôle de l'orthophoniste 22
2.3. Etat des lieux en France 23
3. L'inclusion scolaire 24
3.1. Définition et historique 24
3.2. Situation actuelle dans le cadre de l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA 24
3.3. Pourquoi l'inclusion ? 26
3.4. L'enseignant face à l'inclusion d'un élève avec TSA 27
Problématique et hypothèses 29
1. Problématique 29
2. Hypothèses 30
2.1. Hypothèse générale 30
2.2. Hypothèses secondaires 30
Méthodologie 31
1. Objectif 31
2. Choix de la population 31
3. Variables 31
4. Elaboration du questionnaire 32
5. Présentation du questionnaire 33
6. Méthode d'analyse 38
Résultats 39
1. Données épidémiologiques 39
2. Représentations (questions 9 et 10) 40
3. Connaissances (questions 11 à 17) 42
3.1. Troubles de la compréhension 42
3.2. Troubles de l'expression 44
3.3. Comportements particuliers 45
3.4. Trouble des habiletés sociales 46
3.5. Trouble des fonctions exécutives 47

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3.6. Particularités sensorielles 48
3.7. Hyperlexie 49
4. Ressentis (questions 18 à 22) 50
5. Attentes (questions 23 à 26) 53
6. Test des corrélations de Spearman avec le logiciel R 55
Discussion 58
1. Vérification des hypothèses et analyse des résultats 58
2. Biais méthodologiques et limites de l'étude 66
3. Perspectives 68
Conclusion 69
Références bibliographiques 70
Annexes 75

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des illustrations

Figure 1 : Item d'évocation……p40
Figure 2a : Nuage de mots item 1 groupe SFE……..p41
Figure 2b : Nuage de mots item 1 groupe AFE……p41
Figure 3a : Nuage de mots item 2 groupe SFE……p41
Figure 3b : Nuage de mots item 2 groupe AFE…… ;;……p41
Figure 4a : Troubles de la compréhension……p42
Figure 4b : Exemples d'énoncés posant des difficultés……..p42
Figure 4c : Exemples de moyens de compensation……p42
Figure 5a : Troubles de l'expression……..p44
Figure 5b : Exemples de difficultés d'expression……p44
Figure 6a : Comportements particuliers……p45
Figure 6b : Exemples de comportements particuliers……p45
Figure 7a : Trouble des habiletés sociales……p46
Figure 7b : Exemples de troubles des habiletés sociales……p46
Figure 8a : Trouble des fonctions exécutives……..p47
Figure 8b : Exemples de troubles des fonctions exécutives……p47
Figure 9a : Particularités sensorielles……p48
Figure 9b : Exemples de particularités sensorielles……p48
Figure 10a : Hyperlexie……p49
Figure 10b : Définition de l'hyperlexie……p49
Figure 11a : Ressentis face à l'information et au niveau de formation……..p50
Figure 11b : Ressentis face aux capacités d'adaptation……p50
Figure 11c : Anxiété ressentie face à l'accueil d'un élève avec un TSA……p51
Figure 11d : Appréhension vis-à-vis des troubles du comportement……p51
Figure 11e : Ressentis face à l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA……p52
Figure 11f : Ressentis face à l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA : réponses autresp52
Figure 12a : Attentes en termes de collaboration avec les orthophonistes……..p53
Figure 12b : Attentes en termes de collaboration avec les autres professionnels……p53
Figure 12c : Attentes en termes de formations et informations……..p54
Figure 12d : Attentes en termes de soutien pour adapter son enseignement……..p54
Figure 13 : Abandons en cours de questionnaire……p66

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des tableaux

Tableau 1 : Données épidémiologiques des participants……..…..p39
Tableau 2 : Coefficients de corrélation……..…p55
Tableau 3 : Questions sélectionnées dans le cadre du test de corrélations……..…..p55
Tableau 4 : Test de corrélations pour le groupe SFE……..…p56
Tableau 5 : Test de corrélations pour le groupe AFE……..…p57

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Introduction

Le Trouble du Spectre Autistique (TSA) fait partie des pathologies fréquentes : la Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît à l'heure actuelle un taux de prévalence de 1 sur 150. Le TSA est caractérisé par une dyade autistique, comprenant des déficits de la communication et des interactions sociales ainsi que le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités (OMS, 2017). On observe un trouble de la cognition sociale et de la communication, mais aussi des troubles du langage, des troubles exécutifs, des troubles psychomoteurs, des particularités sensorielles et alimentaires, ainsi que divers troubles associés possibles, notamment le retard mental ou encore l'épilepsie. Ces multiples problématiques nécessitent donc une prise en charge pluridisciplinaire, et ce le plus précocement possible. La prise en charge orthophonique est indispensable tout au long du développement de l'enfant, afin de stimuler le désir de communiquer, les capacités de communication verbale et non verbale et les moyens de communication, dans le but d'obtenir une communication fonctionnelle. L'orthophoniste éduque les aspects formels du langage, à savoir l'articulation, la phonologie, les compétences lexicales et syntaxiques, le langage écrit. Il a également pour but d'améliorer les compétences pragmatiques et les habiletés socio-conversationnelles.

En plus de la prise en charge thérapeutique et éducative, il existe également des recommandations concernant la scolarité de ces enfants. Les Troisième et Quatrième Plans Autisme ont présenté comme objectifs de rattraper le retard qu'il existe en matière de scolarisation, ainsi que de favoriser la scolarisation en milieu ordinaire. Il faut également noter qu'il existe depuis des années une forte mobilisation des parents dans le cadre de la scolarisation de leurs enfants avec un TSA. De plus, des études, sur lesquelles nous reviendrons, ont montré que la situation d'inclusion scolaire favorisait l'autonomie (Yianni-Coudrier et al, 2016), entraînait une plus grande adaptation sociale dans la vie quotidienne (Zorn et al, 2017) ainsi qu'une amélioration des résultats scolaires, du comportement, et une évolution positive dans l'environnement (Philip et al, 2017). Cependant, des études démontrent également que les enseignants du milieu ordinaire sont encore peu formés (Akoa et al, 2016) et que l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA représente pour ces enseignants une situation anxiogène (Houillon et al, 2012).

Partant de ce constat, nous nous sommes intéressés aux représentations et aux connaissances des enseignants concernant le TSA, à leurs ressentis, leur degré d'anxiété ainsi que leurs attentes dans le cadre de l'inclusion scolaire de ces élèves particuliers. Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de collaborations, informations et formations qui pourraient être proposées aux enseignants par les professionnels du secteur médical, paramédical et médico-social, notamment l'orthophoniste.

Afin de répondre à ces questions, nous avons créé un questionnaire à destination des enseignants afin de faire un état des lieux de leurs représentations, de leurs connaissances et de leurs manques, de leurs ressentis, ainsi que de leurs attentes en termes de collaboration, informations et formations dans le cadre de l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA. Nous exposerons tout d'abord les données théoriques concernant le TSA, sa prise en charge en France, et nous ferons également un état des lieux en termes d'inclusion scolaire en France. Nous présenterons ensuite notre problématique ainsi que les différentes hypothèses que nous souhaitons vérifier. Puis, nous reviendrons sur la méthodologie mise en œuvre dans le cadre de notre étude. Enfin, nous présenterons les résultats obtenus et nous les discuterons afin de déterminer les limites et les biais de l'étude, ainsi que les perspectives envisagées.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Partie théorique

1. Le Trouble du Spectre Autistique (TSA)

1.1. Définition et épidémiologie

Selon la classification internationale des maladies de l'OMS, le TSA est un trouble envahissant du développement qui affecte les fonctions cérébrales. Il est inclus dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux. Le TSA regroupe un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs (OMS, 2017). Le TSA fait partie des pathologies fréquentes. En effet, la Haute Autorité de Santé reconnaît un taux de prévalence de 1 sur 150.

Avant le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), on comptait cinq types d'autisme : les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance, les troubles envahissants du développement non spécifiés et le syndrome de Rett. Le DSM-5 a remplacé ces sous-types par l'appellation générale « trouble du spectre autistique » (TSA), et a retiré le syndrome de Rett de la classification. Il spécifie trois degrés de sévérités des symptômes et le niveau de soutien nécessaire.

Dans le DSM-4 et la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) il était question d'une triade autistique. Cette dernière comportait les trois éléments suivants : altérations des interactions sociales réciproques, altération de la communication, intérêts restreints et comportements stéréotypés. Le DSM-5 a remplacé cette triade par une dyade autistique où les déficits de communication et d'interaction sociale sont regroupés sous une même catégorie. Est également ajoutée la reconnaissance des spécificités sensorielles comme critère diagnostic. Afin de pouvoir poser un diagnostic de TSA, il est nécessaire que le patient présente tous les symptômes dans la catégorie des déficits de la communication et des interactions sociales (déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle, déficit des comportements de communication non verbaux, déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations) et deux symptômes sur quatre concernant le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités (caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage, intolérance au changement, intérêts restreints ou anormaux, particularités sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement)**.** Les symptômes sont présents dès les étapes précoces du développement, occasionnent un retentissement significatif, et les troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel.

L'étiologie du TSA reste à ce jour mal définie, mais elle semble multifactorielle (Cohen, 2012). Ce trouble a des origines génétiques ; des études menées sur des jumeaux montrent un taux de concordance très élevé chez des jumeaux monozygotes (80-90 %) par rapport aux jumeaux dizygotes (Hallmayer et al, 2011). Le nombre de gènes responsables du TSA est estimé à plus de 400. La génétique permettrait d'aboutir à un diagnostic dans 35 à 40 % des cas (Demily, 2016). Cependant, des facteurs environnementaux pourraient contribuer à l'étiologie de cette pathologie : durant la grossesse, le poids de la mère, son alimentation, son exposition à la pollution, aux pesticides et à certains médicaments augmentent les risques de développement d'un TSA chez les enfants (Roux, 2016). Enfin, on observe une atteinte préférentielle des garçons, avec un sex-ratio de 4/1 (Demily et al, 2016).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

1.2. Histoire

La première description clinique concernant l'autisme date de 1943. Après avoir observé onze enfants présentant un trouble similaire, Léo Kanner, pédopsychiatre américain, décrit dans « Autistic disturbances of affective contact » ce qu'il nomme « l'autisme infantile précoce ». Ces enfants présentent un trouble de la communication, des particularités de langage voire une absence de langage, une tendance à l'isolement, des comportements répétitifs ainsi qu'un besoin d'immuabilité. Il remarque le profil singulier des parents, et décrit une mère froide et un père intellectuel, perdu dans ses pensées. Il différencie l'autisme de la déficience intellectuelle et de la schizophrénie, et précise qu'il s'agit d'un trouble rare, avec une incidence d'un cas sur 10 000 (Hochman, 2017).

Un an plus tard, en Autriche, Hans Asperger, pédiatre, décrit dans son article « Die autistiechen Psychopathen im kindesalter » la « psychopathie autistique », une figure très similaire. Les enfants qu'il décrit souffrent d'une perturbation du contact, de difficultés de communication et d'adaptation sociale. Il différencie lui aussi ce trouble de la déficience intellectuelle et de la schizophrénie. De la même manière que Kanner, il remarque le profil particulier des parents, et suppose un trouble héréditaire. Ce n'est qu'en 1981 que les observations d'Asperger pourront être diffusées de manière internationale (Hochman, 2017).

En 1967, Bruno Bettelheim, s'appuyant sur les théories psychanalytiques, décrit l'autisme comme étant une pathologie issue de la relation précoce de l'enfant avec son environnement familial. Dans son ouvrage « The Empty Fortress », il compare leur repli à celui qu'il a observé chez des personnes déportées. Il en conclut que le psychisme humain est compromis lorsqu'il est soumis à un environnement hostile. D'après lui, l'enfant s'isole de toute communication car ses parents lui envoient le message inconscient qu'il n'est pas désiré. Bruno Bettelheim devient le directeur de l'école orthogénique de Chicago et met en œuvre une méthode d'accompagnement destinée à guérir ces enfants. Ces derniers sont séparés de leurs familles afin d'instaurer un environnement favorable à leur développement. Bruno Bettelheim prétend avoir guéri plusieurs dizaines d'enfants autistes grâce à cette méthode (Bemben, 2014).

Cependant, dans les années 1980 et 1990, cette théorie est controversée, faisant naître un certain scepticisme et divisant le monde de la psychanalyse, qui décline progressivement. Il s'agit d'un tournant dans l'histoire de l'autisme. Le terme « psychose autistique » est remplacé par le terme de « trouble global du développement ». Grâce à la psychologie et à la psychiatrie, on assiste à une volonté de scientificité. L'amélioration des méthodes d'investigation médicale (notamment l'imagerie cérébrale et l'analyse génomique), amènent d'autres pistes de recherche dans le domaine de l'autisme infantile précoce. En 2007, le Comité Consultatif Nation d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la Santé (CCNE) publie l'avis intitulé « Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme », et abandonne les hypothèses de Bruno Bettelheim, considérées comme culpabilisantes et néfastes. Actuellement, la recherche se porte à la fois sur les neurosciences, la génétique, l'éducation spécialisée, la psychologie clinique et la neuropychologie, et prend en compte la nature multidimensionnelle de cette pathologie. (Bemben, 2014).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

1.3. Les Plans Autisme

Le 10 juillet 2005, le CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique) a été saisi par plusieurs associations de familles de personnes avec un TSA. Ces associations s'élevaient contre les conceptions de prise en charge en France des personnes ayant un TSA, et notamment contre l'absence de prise en charge éducative, en contradiction avec les programmes d'accompagnement actuels européens. Elles déploraient également le comportement d'une grande partie de la société française à l'égard des personnes en situation de handicap, ainsi que l'indifférence face aux problèmes majeurs que les personnes avec un TSA et leurs familles devaient affronter dans leur vie quotidienne, et l'absence de véritable politique globale d'insertion sociale (Ameisen, 2012). Suite à l'avis du CCNE, et sous l'implusion des familles, plusieurs Plans Autisme ont été mis en place par la HAS, dans le but d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes avec un TSA et leurs familles. Depuis 2005, les plans se sont succédé, les objectifs n'ayant pas été pleinement atteints.

Le premier Plan Autisme « Un nouvel élan pour l'autisme » est lancé en 2005 jusqu'en 2007. Il permet notamment la création d'un Centre Ressources Autisme (CRA) par région, ainsi que l'augmentation du nombre de places en institution. Il a également pour objectifs de faciliter le recours aux outils médicaux du diagnostic, de sensibiliser les professionnels de la petite enfance à la détection du TSA, et de former les professionnels de santé concernant le TSA (Dossier de presse Autisme, 2005-2006).

Le second Plan Autisme, mis en place de 2008 à 2010, présente 3 axes principaux. Le premier axe, « mieux connaître pour mieux former », décrit comme objectifs d'élaborer un corpus de connaissances sur ce trouble, d'améliorer le niveau de formation des professionnels et des familles, ainsi que de définir des critères de qualité des pratiques professionnelles. Le deuxième axe, « mieux repérer pour mieux accompagner », propose d'améliorer le repérage des troubles ainsi que l'accès au diagnostic, l'orientation des personnes concernées ainsi que leurs familles, et de favoriser la vie en milieu ordinaire. Le troisième et dernier axe, « diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne », a pour objectif de renforcer l'offre d'accueil des personnes avec un TSA, d'adapter et d'améliorer les prises en charge proposées, dans un cadre juridique et éthique (Plan Autisme 2008-2010).

Le troisième Plan Autisme, de 2013 à 2017, voit le jour suite à la publication par la HAS du socle commun de connaissances en 2010 ainsi que le guide de recommandation de bonnes pratiques en 2012. Ce plan est constitué de 5 grands axes. Le premier, « diagnostiquer et intervenir précocément », donne pour objectif de repérer les enfants avec un TSA dès l'âge de 18 mois, ainsi que de proposer des unités d'enseignements en écoles maternelles (UEMA). Le deuxième axe, « accompagner tout au long de la vie », concerne l'adaptation des établissements et l'application des recommandations de bonnes pratiques, l'organisation du parcours de la personne avec un TSA tout au long de sa vie, le renforcement et l'harmonisation des CRA, la favorisation de la scolarisation en milieu ordinaire ainsi que l'inclusion sociale et professionnelle. Le troisième axe, « soutenir les familles », propose un accueil adapté aux familles, un accès à l'information, ainsi que des solutions de répit. Le quatrième axe, « poursuivre les efforts de recherche », concerne notamment la recherche dans le domaine de la génétique, les possibilités de diagnostic précoce grâce aux biomarqueurs et aux techniques d'imagerie, ainsi que l'évaluation des traitements. Le cinquième axe, « former l'ensemble des acteurs », donne pour objectif de former tous les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les professionnels du secteur social et médico-social, ainsi que les professionnels de l'éducation (Troisième Plan Autisme 2013-2017).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Le quatrième Plan Autisme, lancé en 2018 jusqu'en 2022, présente 5 engagements : remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme en dotant la France d'une recherche d'excellence, intervenir précocément auprès des enfants (repérer les écarts de développement des très jeunes enfants, confirmer rapidement les premiers signaux d'alerte, intervenir immédiatement et réduire les délai de diagnostic…), rattraper le retard en matière de scolarisation (multiplier par 3 le nombre d'UEMA et permettre à 100% des enfants avec un TSA d'être scolarisés en maternelle, garantir à chaque enfant un parcours scolaire fluide et adapté à ses besoins, de l'école élémentaire au lycée, garantir l'accès à l'enseignement supérieur, former et accompagner les enseignants accueillant un élève avec un TSA) soutenir la pleine citoyenneté des adultes (mettre fin aux hospitalisations inadéquates, favoriser l'autonomie des adultes, insérer en milieu professionnel), soutenir les familles et reconnaître leur expertise (développer des solutions de répit, amplifier la formation des aidants, mettre en place des dispositifs de soutien et d'accompagnement). Le TSA est plus que jamais au cœur des préoccupations nationales .(Dossier de Presse Autisme, 2018).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

1.4. Symptomatologie

1.4.1. Langage oral et langage écrit

Les troubles du langage et de la communication font partie des symptômes principaux du TSA. Il peut s'agir de troubles légers comme de troubles très sévères, allant jusqu'à une absence totale de langage. 25 % des enfants avec un TSA n'ont pas d'acquisition d'un langage fonctionnel (Eigsti et al, 2011). 30% à 50% des enfants avec un TSA resteraient sans langage oral (Courtois-du-Passage, 2004).

Chez certains enfants, on remarque une écholalie, pouvant être immédiate ou différée. L'enfant répète des paroles entendues plus tôt, sans qu'elles soient nécessairement en rapport avec la situation. Cependant, ce recours à l'écholalie peut provenir d'une intention communicative, notamment pour maintenir le contact social et le tour de rôle dans la conversation lorsque l'enfant n'a pas compris ce qui lui a été dit ou qu'il n'a pas encore les compétences nécessaires pour pouvoir répondre de façon appropriée (Courtois-du-Passage, 2004).

Un retard classique de parole est possible, mais aussi des troubles plus sévères au niveau de la programmation phonologique, de la même façon que les enfants dysphasiques. Pour d'autres enfants, le système phonologique est arrivé à maturité, et ils aiment parfois jouer sur la sonorité des mots en négligeant le sens (Courtois-du-Passage, 2004).

Un trouble du traitement auditivoverbal est possible, ainsi que de nombreuses confusions phonétiques. Les enfants avec un TSA ont des difficultés à reconnaître les cibles ambiguës (Rey et al, 2002).

Les enfants avec un TSA présentent des difficultés à traiter et à utiliser les caractéristiques prosodiques du langage. Saisir les changements de ton ou d'accentuation de la voix par leur interlocuteur leur est difficile. On retrouve chez eux des anomalies du rythme et des variations de la hauteur tonale (McCann et al, 2003), une intonation inappropriée, atone ou exagérée (Hargrove, 1997).

Selon les études, le développement lexical semble relativement préservé dans certains cas, mais on note un manque de généralisation et une certaine rigidité (Volden et al, 1991). Les enfants avec un TSA ont des difficultés à élargir le sens des mots. Pour l'enfant, un mot peut garder le sens qu'il avait dans son contexte initial. On note parfois des utilisations personnelles du langage, notamment des néologismes. Les mots abstraits sont difficilement acquis ce qui rend la compréhension de concepts difficile. La compréhension et l'utilisation du langage élaboré est souvent difficile, même à l'âge adulte.

Le développement de la morphosyntaxe est lui aussi relativement préservé dans certains cas, cependant on peut retrouver chez les personnes avec un TSA des contenus et des structures atypiques, des erreurs dans l'utilisation des pronoms et des articles. Les enfants avec un TSA ont également des difficultés à comprendre les phrases longues, complexes ou inhabituelles. Ils comprennent les messages de façon littérale, et ont donc difficilement accès à la compréhension de l'humour, des métaphores, des expressions idiomatiques. En expression,

Licence CC BY-NC-ND 3.0

chez des enfants avec un TSA léger et ne présentant pas de déficience intellectuelle, on peut observer des formulations pédantes, un vocabulaire technique (Courtois-du-Passage, 2004).

Dans le cas de troubles du langage légers, les personnes avec un TSA rencontrent des difficultés pour engager ou soutenir une conversation, et utilisent le langage de façon stéréotypée, répétitive ou idiosyncrasique. Gérer les tours de rôles leur est difficile, ces personnes peuvent monopoliser la conversation avec leur thème favori ou au contraire ne jamais prendre la parole. Elles peuvent également faire des commentaires incongrus, sans lien évident avec la conversation. Elles utilisent le langage dans un but concret mais pas dans un but social (Courtois-du-Passage, 2004).

Concernant le récit, les enfants et adolescents avec un TSA ont plus de difficultés à décrire les événements et à construire une trame narrative cohérente, respectant les cadres spatiaux et temporels. Cela peut s'expliquer par le trouble de la cohérence centrale, mais aussi par des difficultés d'ordre exécutif. De plus, ils produisent moins d'attribution d'intentions et de croyances durant leurs récits, car ils ont plus difficilement accès à la théorie de l'esprit, et infèrent difficilement les états mentaux des autres. On retrouve chez eux davantage de commentaires sans cohérence et d'explications inappropriées, ainsi que des difficultés concernant la segmentation des mots (Caldani et al, 2016).

Les troubles du langage écrit sont corrélés aux troubles du langage oral (Courtois-du-Passage, 2004), l'accès est impossible en cas de bas niveau intellectuel. Les enfants ne présentant pas de déficience intellectuelle ont parfois accès de façon très précoce à la lecture globale, et ce, sans apprentissage spécifique. L'hyperlexie est définie par des capacités de lectures avancées par rapport à la compréhension, des capacités de lecture acquises très tôt en l'absence d'enseignement explicite, et une forte orientation vers le matériel écrit. Cependant, leurs capacités de déchiffrage sont bien supérieures à leurs capacités à comprendre et s'exprimer à travers le langage à des fins de communication (Ostrolenk et al, 2017). Des troubles de la graphomotricité peuvent également être observés (Courtois-du-Passage, 2004).

1.4.2. Cognition sociale et communication non verbale

La cognition sociale permet de reconnaître les émotions des autres, de deviner ou d'interpréter leurs sentiments, croyances ou idées et d'y répondre de manière appropriée. Elle permet de comprendre et de se représenter les autres personnes et groupes sociaux, de réguler les émotions, d'établir des normes sociales et morales et de coopérer avec les autres (Bertoux, 2014).

Les habiletés sociales peuvent être classées en 6 grands types de compétences, comprenant chacune des sous-compétences (Liratni et al, 2016) :

- comprendre le discours d'autrui ainsi que ses intentions
- exprimer de manière compréhensible ses pensées et ses besoins

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- identifier des émotions chez soi et chez les autres, les exprimer, les réguler et comprendre ce qui peut provoquer telle ou telle émotion chez soi ou chez les autres
- connaître les règles de la vie en société
- se socialiser et s'épanouir avec autrui
- s'autonomiser dans la vie sociale et familiale

Toutes ces compétences s'appuient fortement sur des fonctions cognitives telles que l'imitation, l'attention conjointe, la mémoire, la compréhension et l'expression verbale, le raisonnement logique (Liratni et al, 2014). Par conséquent, les habiletés sociales et communicatives sont davantage affectées si le TSA est associé à un retard mental (De Bildt et al, 2005). Tout ce qui concerne la sphère sociale est particulièrement difficile à appréhender pour les personnes avec un TSA ; elles ont souvent de grandes difficultés à comprendre les règles sociales, à lire les émotions sur les visages et à comprendre le ton de la voix de leurs interlocuteurs, elles ont également des difficultés à adopter elles-mêmes une mimique et une prosodie adaptées à la situation (Cuny, 2009). Leur contact oculaire est souvent perturbé, il peut être fugace et difficile à obtenir. Les expressions faciales sont réduites ou au contraire exagérées, peu dirigées vers l'interlocuteur et peu appropriées au contexte. On note peu de gestes expressifs, peu de modifications posturales ou gestuelles. Les gestes non conventionnels sont préférés aux gestes conventionnels (exemples : pour dire bonjour, pour acquiescer). On peut également relever des comportements émotionnels particuliers, battre des mains pour exprimer sa joie par exemple. Les capacités à imiter des gestes peuvent être déficitaires ou, au contraire, être trop présentes, on parle alors d'échopraxie systématique. Toute la sphère de la communication non-verbale est perturbée (Courtois-du-Passage, 2004).

La théorie de l'esprit, capacité à reconnaître et prédire les états mentaux d'autrui ou de soi-même (intentions, croyances, émotions), est difficile à acquérir pour les personnes avec TSA. Elles présenteraient un déficit d'empathie cognitive, c'est-à-dire une difficulté à reconnaître les émotions d'autrui. Cependant, l'empathie affective, à savoir la capacité d'expérimenter l'état émotionnel d'autrui, serait efficiente (Sellès, 2017). En effet, l'empathie peut être divisée en deux composantes : une empathie cognitive superposable à la théorie de l'esprit affective, qui permet la représentation mentale des émotions ou sentiments d'autrui et une empathie affective, qui permet une réponse émotionnelle aux émotions ou sentiments d'autrui (Bertoux, 2014). Les enfants avec TSA réussissent moins bien l'épreuve d'attribution d'intention (inspirée des travaux de Sarfati) que les enfants tout-venant. Les tâches faisant appel à la théorie de l'esprit les mettent particulièrement en difficulté (Duverger et al, 2007). Cependant, grâce à une prise en charge adaptée, la cognition sociale des enfants TSA évolue et ils font des progrès, même s'ils obtiennent des résultats inférieurs aux enfants typiques lors des différents tests, notamment le TEC (test sur la compréhension des émotions) et le ToM Storybooks (batterie d'évaluation de la théorie de l'esprit). Il semblerait que l'attribution de croyances demeure une tâche plus complexe que la compréhension des émotions (Thommen et al, 2016).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

1.4.3. Fonctions exécutives et cohérence centrale

On retrouve une différence significative entre les personnes avec un TSA et les sujets contrôle dans au moins une capacité exécutive (Valeri, 2009). Des difficultés ont été mises en évidence au niveau de la mémoire de travail, de la flexibilité, de la planification, de la génération de nouvelles idées et actions et du monitorage de l'action. Un trouble de l'inhibition ne semble pas être une caractéristique spécifiquement retrouvée chez les personnes avec un TSA (Valeri, 2009).

Le trouble de la cohérence centrale altère leur capacité à synthétiser les éléments afin de leur donner du sens en fonction du contexte ; cela a notamment pour conséquence des difficultés de généralisation (Valeri, 2009).

Ils privilégient le traitement local de l'information, et se représentent difficilement une situation de façon globale ; assembler les différents éléments qu'ils perçoivent leur est difficile. Leur vision du monde est fragmentée ; or, un traitement global est essentiel pour comprendre une situation complexe, et ainsi s'y adapter. Cela a un impact inévitable sur les apprentissages (Frith, 1994).

1.4.4. Troubles sensoriels et alimentation

Concernant les troubles sensoriels, on note une grande variabilité des symptômes, tant d'un individu à l'autre qu'au fil du temps. 95 % des personnes avec un trouble du spectre autistique présentent au moins un type d'anomalie sensorielle (Stanciu et al, 2016).

Ces atypies peuvent concerner toutes les modalités sensorielles : tactile, auditive, visuelle, olfactive, gustative, vestibulaire. La personne avec un TSA peut présenter une hypersensibilité ou au contraire une hyposensibilité à certains stimuli (Stanciu et al, 2016), ou être en recherche sensorielle. A titre d'exemple, l'hypersensibilité peut se traduire par l'intolérance à certaines textures, goûts et odeurs, à certains bruits perçus comme étant trop forts, à certaines lumières perçues comme étant trop intenses. En cas d'hyposensibilité, la personne peut ne pas être sensible à la douleur, ne pas répondre à la voix, avoir des difficultés à sélectionner la voix en présence d'autres stimuli sonores (Kern et al., 2006), présenter des troubles de la perception visuelle, avoir une appétence pour les aliments acides et les fortes odeurs (Stanciu, 2016).

En raison de ces particularités sensorielles, l'oralité alimentaire peut être perturbée (Urben, 2016). On peut retrouver chez ces enfants des troubles du nourrissement, notamment des troubles de la mastication, de la déglutition, et un risque plus élevé de fausses routes (Laxer, 2001). 46 à 89 % des enfants avec un TSA rencontreraient des difficultés concernant l'alimentation, pouvant se traduire notamment par une hyperselectivité alimentaire, une néophobie (Nadon, 2011).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

1.4.5. Troubles psychomoteurs

Des troubles psychomoteurs et du schéma corporel peuvent être présents chez les personnes avec un TSA. On relève chez eux de nombreuses particularités s'exprimant au niveau corporel. Il s'agit de particularités du fonctionnement ou de l'utilisation de leur corps, qui perturbent fréquemment le quotidien de l'enfant (Caucal, 2010). Se représenter leur corps et s'approprier leurs expériences leur est difficile (Perret et al, 2014). Les tâches les plus déficitaires sont celles qui font appel à un contrôle visuel du mouvement avec la mise en action du couplage perception–action et une coordination globale ou visuo-manuelle. La motricité globale de l'enfant avec un TSA semble altérée par un déficit du contrôle visuo-moteur (Pace et al, 2016).

1.4.6. Troubles associés

Enfin, des troubles associés peuvent être observés, notamment un retard mental : en 2010, la HAS estimait à 70% le pourcentage de personnes avec un TSA ayant un retard mental allant de léger à sévère (HAS, 2010). Une épilepsie, des pathologies somatiques, un trouble développemental de la coordination peuvent également être observés (HAS, 2018). On peut noter des difficultés dans l'acquisition de l'autonomie, des troubles du sommeil, des troubles du comportement qu'il faut pouvoir comprendre et gérer (Baghdadli et al, 2015).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2. Prise en charge thérapeutique et éducative en France

2.1. Recommandations et prise en charge

D'après les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS), tout acteur peut rechercher des signes d'alerte : les parents, mais aussi les professionnels qui entourent l'enfant, qu'ils s'agissent de professionnels de santé ou non. La recherche de signes d'alerte est recommandée pour le médecin durant les consultations obligatoires chez l'enfant de 0 à 6 ans. Il peut s'agir notamment de l'inquiétude parentale, d'une absence de babillage, de pointage et de gestes sociaux.

Tout professionnel de la petite enfance et de l'enfance doit porter une attention particulière au développement de la communication sociale chez les enfants. Cette démarche doit être précoce et continue, tout au long du développement de l'enfant. Les professionnels de première ligne sont les professionnels de la petite enfance (auxiliaires de puériculture, assistantes maternelles, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés), les professionnels de l'Éducation nationale (enseignants, infirmiers, psychologues et médecins de l'Éducation nationale), les professionnels de santé exerçant en libéral, en service de protection maternelle et infantile (PMI) ou structures de type maison pluridisciplinaire de santé, notamment les médecins généralistes, les pédiatres, les professionnels paramédicaux (orthophonistes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes) et les psychologues (HAS, 2018).

En cas de suspicion de trouble du spectre autistique, une orientation vers un médecin assurant le suivi habituel de l'enfant est recommandée, afin de réaliser un examen clinique approfondi, notamment dans les domaines de la communication et du langage. Si le risque est confirmé, une consultation à visée diagnostique spécialisée dans les troubles du neurodéveloppement est proposée afin de procéder à un examen auditif, visuel, ainsi qu'à un bilan orthophonique et psychomoteur (HAS, 2018).

A la suite des premiers bilans, si la prise en charge s'avère nécessaire, l'enfant doit en bénéficier dans les trois mois compte tenu de l'urgence. Ensuite, une démarche diagnostique est mise en place par une équipe de professionnels de deuxième ligne afin de confirmer ou non l'existence d'un trouble du spectre autistique. Il peut s'agir de professionnels exerçant en CMP (Centre Médico-Pédagogique), en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), en CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) ou encore en SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) ou en IME (Institut Médico-Educatif). L'enfant bénéficie d'un examen pédiatrique, et différents domaines sont investigués : la communication, le langage, le profil cognitif, le développement psychomoteur, l'intégration sensorielle.

Si le diagnostic est confirmé, il est annoncé à la famille puis un projet d'intervention éducatif et thérapeutique est mis en place en équipe pluridisciplinaire en partenariat avec les parents. S'il n'est pas confirmé, une rencontre avec la famille reste indispensable, afin de proposer un accompagnement mais également un projet thérapeutique adapté.

Des démarches sont entreprises auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour la reconnaissance de handicap, et auprès de la Sécurité Sociale pour la

Licence CC BY-NC-ND 3.0

prise en charge de l'ALD (affection longue durée). L'enfant bénéficie ensuite d'un suivi régulier et le diagnostic doit être ré-interrogé régulièrement (HAS, 2018). Dans le cadre du TSA, la HAS recommande la thérapie ABA, le programme de Denver, la TEACCH, ainsi que la thérapie d'échange et de développement (TED). Elle précise également que la scolarisation en milieu ordinaire doit être privilégiée, avec un accompagnement éducatif et thérapeutique adapté.

L'ABA (Applied Behavior Analysis ou analyse appliquée du comportement) se base sur le principe du conditionnement opérant de Skinner et du conditionnement répondant de Pavlov. L'ABA repose sur les principes de l'apprentissage et peut être utilisée dans toutes les situations. Elle permet d'enseigner de nouveaux comportements, d'encourager les comportements adaptés et de réduire les comportements inappropriés. Elle est particulièrement efficace auprès des jeunes enfants. Elle permet des améliorations du QI (Quotient Intellectuel), de la compréhension et de l'expression du langage ainsi que des habiletés sociales et adaptatives permettant à de nombreux enfants de bénéficier d'une inclusion scolaire en milieu ordinaire et de progresser considérablement (Bernard Paulais et al, 2018).

Le programme de Denver s'appuie sur des concepts développementaux, relationnels, comportementaux et d'apprentissage. Il est spécifiquement destiné aux jeunes enfants de 18 à 48 mois et est individualisé en fonction des besoins de chacun. Il permet de stimuler de manière intensive l'engagement social, l'imitation et la communication (Schroder et al, 2015).

Le programme TEACCH (treatment and education of autistic and related communication-handicapped children) a pour objectif de réduire l'anxiété, les distractions de l'environnement et de lui donner du sens, afin que l'enfant puisse interagir et développer son autonomie. Il repose sur les théories de l'apprentissage, les théories cognitives et développementales. Le but de ce programme est de permettre à l'enfant de développer une autonomie suffisante pour s'insérer dans son environnement. Il permet d'améliorer les compétences de l'enfant de manière à adapter son comportement aux différentes situations auxquelles il est confronté. Ce programme vise aussi à donner à l'enfant des stratégies de communication qui l'aident à mieux comprendre son environnement et à se faire comprendre. Il structure l'espace, le temps et les interactions sociales. TEACCH intervient sur les troubles du comportement (comportements non appropriés de l'enfant) en particulier par le renforcement positif (Dionisi, 2013).

La thérapie d'échange et de développement (TED) permet de développer l'attention à autrui, l'intention, l'imitation, afin d'améliorer les capacités d'échange et de communication. Les principes de sérénité, disponibilité et de réciprocité permettent des ajustements réciproques entre l'enfant et l'adulte. Les séances sont proposées dans un contexte ludique adapté à l'enfant (Blanc et al, 2013).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2.2. Rôle de l'orthophoniste

L'orthophoniste a une place importante dans la démarche de diagnostic des enfants avec un TSA. Afin d'évaluer la communication d'un patient, il peut s'appuyer sur différents modèles théoriques.
Le modèle de communication de Bloom et Lahey (1978) identifie les composantes du discours ainsi que leur inter-relation. Le contenu regroupe les sujets ou thèmes pouvant exister, la forme correspond aux unités linguistiques et au système de règles pour les combiner, l'utilisation représente l'emploi d'informations pour différents buts et fonctions dans l'interaction entre des personnes.

Selon le modèle de Shannon (1949), la communication peut être définie comme la transmission d'un message d'un endroit à un autre. Elle repose sur la mise en relation d'un émetteur et d'un destinataire. L'émetteur souhaitant transmettre un message doit le traduire en un langage compréhensible pour son interlocteur : il s'agit du codage. Le message est ensuite transmis grâce à un support : le canal de la communication. Le destinataire le reçoit alors, le décode afin de comprendre le sens du message. Le feed-back, c'est-à-dire la rétroaction de l'interlocuteur vers le locuteur, permet le contrôle, la régulation et le traitement des erreurs (Abric, 1996).

La communication est l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée. Les processus de communication sont fondamentalement sociaux (Abric, 1996).

Le bilan orthophonique retrace le développement du patient et évalue ses ressources internes et externes à travers l'anamnèse (motivations, renforçateurs…), les compétences de communication (communication sociale précoce, communication non symbolique, théorie de l'esprit, pragmatique du langage), du langage oral et écrit (lexique, syntaxe…), l'oralité (alimentaire et verbale) et les moyens de CAA (Communication Alternative et Augmentée) (participation sociale, adaptation du dispositif de CAA). Il permet de contribuer au diagnostic, mais aussi à la mise en place d'une démarche thérapeutique adaptée. L'entretien parental ainsi que l'évaluation clinique permettent d'apprécier les capacités, modes et fonctions de communication de l'enfant, ainsi que son développement linguistique, ses particularités sensorielles, ses intérêts particuliers et son comportement. Chez les patients les plus jeunes ou avec un faible niveau de développement, l'orthophoniste analyse, à l'aide de grilles d'observation, les capacités de communication pré-verbale et les pré-requis langagiers, notamment le contact visuel, l'attention conjointe, les capacités d'imitation, le tour de rôle, les gestes, les expressions faciales, le pointage, l'accès au jeu symbolique, le rapport aux autres ainsi qu'aux objets.

Pour les patients ayant accès au langage, des tests standardisés et étalonnés non spécifiques aux enfants avec un TSA permettent à l'orthophoniste d'évaluer les capacités réceptives (compréhension lexicale, syntaxique) ainsi que les capacités expressives (phonologie, prosodie, lexique, morphosyntaxe). Les compétences pragmatiques et conversationnelles sont investiguées grâce à des tests non spécifiques. Les patients ayant un bon niveau de développement peuvent se voir proposer des épreuves de compréhension élaborée, afin d'évaluer leur accès à l'implicite, aux métaphores, à la polysémie, au langage imagé, ainsi

Licence CC BY-NC-ND 3.0

qu'une évaluation des compétences en langage écrit. Cette évaluation permet ensuite de proposer la prise en charge la plus adaptée au patient, en tenant compte de ses compétences et de ses difficultés. Des prises en charge de groupe ainsi que des ateliers thérapeutiques peuvent notamment être proposés (Courtois-du-Passage, 2004).
L'accompagnement parental est indispensable afin d'instaurer une relation de confiance ainsi qu'un réel partenariat. En effet, les enfants avec un TSA ayant des difficultés de généralisation, il est essentiel que la famille ainsi que tous les professionnels entourant l'enfant communiquent afin de stimuler la généralisation de ses acquisitions (Tanet-Mory, 2002).

L'orthophoniste propose une prise en charge dans un cadre structuré sur le plan temporel et sur le plan spatial, notamment à l'aide de timers et d'emplois du temps visuels, en délimitant l'espace et en évitant les distracteurs. Il renforce la motivation, stimule le désir de communiquer, les capacités de communication verbale et non verbale et les moyens de communication, dans le but d'obtenir une communication fonctionnelle. Il peut s'appuyer sur des supports visuels grâce aux outils d'éducation à la demande (notamment le PECS), aux moyens de communication augmentatifs (Makaton, cahiers de communication) afin de favoriser les échanges, les demandes, et de permettre à l'enfant d'exprimer ses besoins et ses ressentis. L'orthophoniste éduque également les aspects formels du langage, à savoir l'articulation, la phonologie, les compétences lexicales et syntaxiques, le langage écrit. Il travaille également avec le patient dans le but d'améliorer les compétences pragmatiques et ses habiletés socio-conversationnelles. Un travail sur la compréhension des émotions, le développement de la théorie de l'esprit, ainsi qu'un entraînement des fonctions exécutives peuvent être proposés. (Renaudo, 2013). Un travail en partenariat avec les autres professionnels est nécessaire afin d'assurer la cohérence des interventions.

2.3. Etat des lieux en France

La France présente un certain retard concernant le TSA en matière de recherche, de diagnostic, de scolarisation, d'insertion professionnelle et de prise en charge. Cela l'a amenée à faire l'objet de plusieurs condamnations de la part du Conseil de l'Europe, en 2004, 2007, 2008, 2012 et 2014, pour discrimination à l'égard des enfants autistes, défaut d'éducation, de scolarisation, et de formation professionnelle (Poirier et al, 2016). Le Troisième Plan Autisme, mis en place en 2013 jusqu'en 2017, suite à deux premiers plans jugés insuffisants, a eu pour objectif de mettre en place des mesures afin d'améliorer le diagnostic et l'intervention précoce, d'accompagner ces personnes tout au long de leur vie, de soutenir les familles, mais aussi de poursuivre les efforts de recherche et de former l'ensemble des acteurs de l'autisme. Ce Troisième Plan Autisme avait également pour projet de soutenir la scolarisation adaptée en milieu ordinaire, notamment grâce au déploiement de structures adaptées ainsi que la poursuite du développement des Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD). Les objectifs n'ayant pas été pleinement atteints, un Quatrième Plan Autisme est mis en place de 2018 jusqu'en 2022, afin d'améliorer l'appui aux familles, de faire progresser la qualité des interventions et la formation des professionnels, de poursuivre la recherche, de favoriser l'inclusion sociale des adultes avec un TSA, et également d'améliorer l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3. L’inclusion scolaire

3.1. Définition et historique

Le TSA est officiellement reconnu comme un handicap depuis la loi Chossy n° 96-1076 du 11 décembre 1996. Cette reconnaissance de handicap a permis aux personnes avec un TSA d’être davantage orientées vers le secteur médico-éducatif et non plus seulement sanitaire (Philip, 2012). Près de dix ans plus tard, le 11 février 2005, la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été votée. Elle définit ainsi le handicap : « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Elle affirme le droit pour chaque enfant d’être inscrit dans l’école ordinaire la plus proche de son domicile. Le 8 juillet 2013, la loi de Refondation de l’école de la République prône l’école inclusive pour tous les enfants, sans aucune distinction, ainsi que la mise en place des aménagements nécessaires. La notion d'inclusion s'oppose à celle d'exclusion, et se définit ainsi : « action d'inclure quelque chose dans un tout, un ensemble ; c'est l'état de quelque chose qui est inclus dans autre chose ». L'objectif est donc d'inclure tous les élèves quelle que soit leur différence et de signifier l'égalité des droits pour tous. Ce n'est plus l'élève qui s'adapte au système, mais le système qui doit s’adapter à chacun (Paolini, 2017).

L’histoire de la scolarisation des élèves avec un TSA débute dans les années 1980. Avant cela, le TSA était classé dans la catégorie des psychoses. L’éducation n’était donc pas considérée comme une priorité pour ces enfants, et elle était remise à plus tard, lorsque l’enfant serait « guéri ». Dans les années 1990, le programme TEACCH, une méthode éducative que nous avons définie plus haut, commence à être diffusée en France. Des parents d’enfants avec un TSA se mobilisent dans des associations dans le but de diffuser ces pratiques en France. L’association nationale Autisme France publie en 1994 un livre blanc rassemblant des témoignages de parents, mettant en évidence la carence éducative dans laquelle leurs enfants se trouvent. Simone Veil, ministre de la Santé de l’époque, commande alors une série de rapports d’expertise : ces derniers démontrent l’insuffisance de la prise en charge, tant dans le secteur sanitaire que dans la sphère de l’éducation (Philip, 2012).

3.2. Situation actuelle dans le cadre de l’inclusion scolaire des élèves avec un TSA

Malgré ces textes incitatifs, une minorité d’enfants et d’adolescents présentant un TSA sont aujourd’hui scolarisés en milieu scolaire ordinaire. En France, 20 000 enfants ne sont pas scolarisés, tous handicaps confondus. Les élèves présentant un TSA suivent des parcours plus éloignés des pratiques usuelles que les enfants relevant d’autres handicaps : en maternelle, 30% des enfants avec un TSA sont scolarisés, en moyenne moins de deux journées par semaine. Seuls 40% des enfants avec un TSA sont scolarisés en milieu ordinaire à l’école élémentaire, contre 62% pour les élèves en situation de handicap, tous handicaps confondus. A l’âge de 12 ans, ils sont plus fréquemment en établissement médico-social ou

Licence CC BY-NC-ND 3.0

de santé : c'est le cas de 32 % des enfants avec un TSA, contre 13 % des enfants en situation de handicap, tous handicaps confondus. Entre l'école élémentaire et le collège, on note une baisse de 13% du taux de scolarisation des élèves avec un TSA (Dossier de Presse Autisme, 2018).

La France a été condamnée en 2014 par conseil de l'Europe car la scolarisation en milieu ordinaire et les propositions de formation en lien avec scolarisation sont encore trop rares (Philip, 2017). Cela est d'autant plus vrai lorsque ces enfants grandissent : plus l'enfant avance en âge, moins il y a d'inclusion. Les UEMA (Unités d'Enseignement Maternelle Autisme), mesure phare du troisième plan autisme, se sont développées dans les écoles maternelles, mais les UEE (Unités d'Enseignement Externalisées) au collège et au lycée, permettant à des enfants scolarisés en établissement médico-social de bénéficier de l'inclusion scolaire, sont encore trop rares (Philip, 2017).

Pour exemple, dans l'Académie de Limoges, l'inclusion peut se décliner selon plusieurs modalités mais repose toujours sur deux principes de base : une réponse aux besoins de chaque élève doit être apportée et l'adaptabilité et la souplesse sont nécessaires dans la réponse formulée. En milieu ordinaire, l'enfant peut être scolarisé dans une classe ordinaire ou dans un dispositif d'inclusion (ULIS). En milieu spécialisé, l'enfant peut être accueilli dans une unité externalisée (dans une école ou un établissement scolaire) ou en unité d'enseignement dans un établissement médico-social (Académie de Limoges, 2017).

Dans d'autres pays européens, le droit à l'éducation des enfants en situation de handicap s'est ancré dans la réalité. A titre d'exemple, en Italie, lorsqu'un enfant souffrant de handicap intellectuel ou de communication est inscrit et accueilli dans une classe, l'effectif de la classe est automatiquement divisé par deux, et l'enseignant se voit adjoindre un deuxième enseignant spécialisé (Ameisen, 2012). En Finlande, tous les élèves d'une classe d'âge, même ceux en situation de grave handicap reçoivent une éducation de base similaire. Les textes officiels précisent que l'éducation préscolaire et que l'éducation de base concernent tout le monde. Plus de 99,7 % des élèves achèvent les neuf années de l'école polyvalente ; cela correspond aux élèves ayant entre 7 et 16 ans (Halinen et al, 2008).

Le PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation), s'adressant aux élèves en situation de handicap, permet de mettre en place des aménagements en fonction des besoins de l'enfant. Il peut s'agir de l'orientation scolaire (ULIS, classe ordinaire…), d'aménagement de la scolarité en tenant compte des prises en charge extérieures, d'adaptations pour les apprentissages (allégement, photocopies), de mise à disposition de matériel adapté (ordinateur), d'aménagements concernant les examens (tiers temps). Il permet également à l'élève de bénéficier de mesures d'accompagnement par un Accompagnant des Eleves en Situation de Handicap (AESH), anciennement Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS). Ils sont recrutés par l'Education Nationale. Les missions de l'AESH dépendent du projet scolaire de l'enfant, de son environnement, de la durée du temps de scolarisation, de la nature des activités à accomplir, de ses besoins en termes d'adaptation et l'aide. L'AESH optimise l'autonomie de l'élève dans ses apprentissages, l'accompagne lors des activités pédagogiques, facilite la participation de l'élève aux activités collectives, favorise l'installation matérielle, et participe à la mise en œuvre et au suivi du PPS. Il peut intervenir tout au long du cursus scolaire (Maraquin, 2017).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

C'est la famille qui sollicite ce PPS auprès du responsable de l'établissement et de l'enseignant référent. Des informations sont récoltées auprès des familles et des enseignants, les bilans nécessaires (orthophoniste, psychologue, médecin scolaire) sont joints à la demande de PPS. Afin d'évaluer les difficultés de l'enfant ainsi que ses besoins, les membres de l'équipe éducative remplissent un document appelé le GEVA-Sco (Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation), regroupant les principales informations concernant la situation de l'élève. Tout professionnel qui suit l'enfant peut participer à cette équipe éducative. L'équipe de la MDPH se concerte enfin afin d'établir des propositions d'aménagements transmises à la famille avant d'être présentées et validées par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées). Une fois par an, l'enseignant référent met en place et anime une ESS *(*équipe de suivi de scolarisation*)* en présence des parents, des enseignants, du psychologue scolaire, du médecin scolaire et d'intervenants extérieurs avec l'accord de la famille (orthophoniste, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute…). C'est l'ESS qui assure la mise en œuvre du PPS défini (Deman, 2015).

3.3. Pourquoi l'inclusion ?

Comme nous l'avons vu, les troubles chez les personnes avec un TSA sont multiples, nécessitent une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire. L'impact sur la vie quotidienne de l'enfant ainsi que sur son entourage est important. Des troubles anxieux sont présents chez plus de 40% des personnes avec un TSA (Soussana et al, 2012). Près de 50% des parents ayant un enfant avec un TSA expriment ressentir un fardeau allant de modéré à sévère, et seuls 22% des parents d'enfant avec un TSA considèrent qu'ils ont une bonne qualité de vie. Les multiples interventions auprès de leur enfant représentent une charge (Fourcade et al, 2015). Les parents se sentent souvent isolés et stigmatisés (Baghdadli et al, 2015).

La scolarisation de leur enfant est d'une importance fondamentale pour ces parents, qui se mobilisent depuis des années pour que l'école leur ouvre leurs portes et adaptent leurs pratiques éducatives ; en 1985, la première classe en école intégrée pour enfants avec un TSA voit le jour grâce à leur persévérance (Philip, 2012).

Aujourd'hui, les stratégies éducatives, comportementales et développementales de type ABA et TEACCH sont encore peu investies dans le domaine de l'éducation (Magerotte, 2012). Il a été montré que les parents d'enfants avec un TSA sont plus satisfaits quand leur enfant suit une scolarisation ordinaire et qu'ils le sont moins lorsque leur enfant est dans une classe adaptée ou collective de type CLIS ou UPI, car ils y voient là un aspect stigmatisant (Philip, 2012). Un lien indéniable a été démontré entre l'inclusion scolaire et le processus d'ajustement des parents : ils ressentent moins leur expérience comme une menace et une perte, ont moins de croyances déraisonnables vis-à-vis du trouble autistique, ont une meilleure qualité de vie et utilisent moins les stratégies de coping (tentatives d'ajustement face à une situation difficile) centrées sur les émotions et sur la recherche de soutien social (Cappe et al, 2012). La mise en place d'unités d'enseignement externalisées (UEE) permet une amélioration des résultats scolaires, du comportement, et une évolution positive dans l'environnement (Philip et al, 2017). Les enfants ayant bénéficié de davantage d'heures de scolarisation en milieu ordinaire connaissent une meilleure évolution dans le domaine de l'autonomie (Yianni-Coudrier et al,

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2016). Une scolarisation en milieu ordinaire est plus efficace pour les enfants avec un TSA s'il y a une mise en place d'aides spécifiques et si le temps de scolarisation est complet. Un parcours scolaire complet les amène à une plus grande adaptation sociale dans la vie quotidienne et vice versa. De plus, les difficultés dans les interactions sociales et dans la communication ne constituent pas forcément un frein aux apprentissages scolaires (Zorn et al, 2017). Enfin, les amitiés au sein du milieu scolaire ordinaire sont un facteur de protection contre l'intimidation, l'anxiété et l'isolement social dont ils sont fréquemment victimes (Aubineau et al, 2018).

3.4. L'enseignant face à l'inclusion d'un élève avec TSA

Pour les enseignants de classes ordinaires, accueillir un élève avec un TSA est souvent source de stress, ils regrettent le manque d'information et de formation à ce sujet, possèdent un savoir non spécifique, et ont peu de représentations quant à des savoir-être et des savoir-faire (Akoa et al, 2016). Les termes retrouvés dans les items d'évocation ont souvent une connotation négative. Ainsi, l'enseignant peut vivre la situation comme une menace car il se retrouve confronté à l'inconnu. Il l'associe avec appréhension aux violences, aux difficultés en tout genre, aux crises. De nombreux termes péjoratifs ressortent quant à la réponse émotionnelle suscitée par la scolarisation des enfants autistes, notamment « choc », « désemparé », « désordre », « exclusion », « galère », « inquiétude », « pis-aller », « possible ? », « fatigant », « manque de moyens » (Houillon et al, 2012). Certaines représentations sont un obstacle à la scolarisation des élèves en situation de handicap (Paolini, 2017).

Il arrive que les enseignants ne parviennent pas à se représenter les difficultés des élèves et qu'ils considèrent que chacun doit faire la même activité, dans les mêmes conditions. Ils ont des difficultés à sélectionner ce qui importe réellement dans l'activité afin de pouvoir l'adapter à l'élève (Mauuary Maetz, 2017). La formation des enseignants est insuffisante et on constate un manque d'accompagnement adéquat (Paolini, 2017). A titre d'exemple, dans l'Académie de Limoges, les futurs professeurs des écoles bénéficient de seulement douze heures de travaux dirigés (TD) concernant les élèves à besoin éducatifs particuliers. La scolarisation des élèves en situation de handicap n'est pas la seule thématique abordée et il est également question des élèves nouvellement arrivés allophones, itinérants ou du voyage, des élèves intellectuellement précoces, des élèves malades ou accidentés, des élèves en SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté). En ce qui concerne la formation initiale des enseignants du second degré, aucun module spécifique traitant de la question des élèves en situation de handicap ne semble être proposée (Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education, Université de Limoges, 2017).

Pourtant, cette inclusion est une opportunité pour chacun, pas seulement pour les enfants ayant un TSA et leurs parents. Cela permet aux enseignants d'interroger leurs enseignements, de se détacher des habitudes formelles et de la routine professionnelle. Il leur faut garder à l'esprit la diversité de tous les élèves, et proposer des supports, des contenus et des objectifs variés. Il s'agit d'une contrainte que l'on pourrait qualifier de positive. En effet, il a été montré que les autres élèves s'adaptent naturellement, font preuve d'empathie, de tolérance, et s'investissent pour aider leur camarade (Mauuary-Maetz, 2017). De plus, ils peuvent bénéficier des outils inventés pour l'élève avec un TSA et expriment plus facilement leurs difficultés. Cette

Licence CC BY-NC-ND 3.0

inclusion scolaire est également une chance pour une société plus tolérante et ouverte sur la question du handicap (Mauuary-Maetz, 2017). Rendre l'école plus inclusive nécessite d'impliquer les enseignants car rien ne pourra se faire sans eux. Des passerelles plus importantes sont nécessaires entre le monde médical et le monde scolaire afin de développer la coopération entre ces deux secteurs (Philip, 2017). Rapprocher l'Education Nationale et le secteur médico-social est en enjeu éducatif majeur (Paolini, 2017).

Le Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste précise dans l'article 4 que l'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer et qu'il peut également participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels. Il serait donc intéressant de relever précisément les représentations, connaissances et attentes des enseignants concernant l'inclusion des enfants et adolescents avec un TSA, afin de permettre aux orthophonistes de connaître leurs besoins en termes de formation et d'information. En effet, comme nous l'avons vu, l'orthophoniste, spécialiste du langage et de la communication, est amené à prendre en charge l'enfant avec un TSA dès le plus jeune âge. Il est donc à même d'informer les enseignants concernant les particularités des enfants avec un TSA et de les conseiller à propos de certains aménagements et adaptations à mettre en place.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Problématique et hypothèses

1. Problématique

Comme nous l'avons vu, le Trouble du Spectre Autistique fait partie des pathologies fréquentes (HAS, 2018). Les symptômes sont variés : on retrouve notamment des difficultés de langage et de communication (Eigsti et al, 2011), un trouble de la cognition sociale (Courtois-du-Passage, 2004), un trouble des fonctions exécutives (Valeri, 2009), des particularités sensorielles (Stanciu et al, 2016) et des difficultés d'ordre psychomotrices (Caucal, 2010).
Malgré quatre Plans Autisme et plusieurs condamnations du Conseil de l'Europe (Poirier et al, 2016), la France présente un certain retard dans le domaine du TSA en matière de recherche, de diagnostic et de prise en charge, mais également en termes de scolarisation et d'insertion professionnelle (Philip, 2017). En effet, l'inclusion en milieu ordinaire concerne une minorité d'enfants et adolescents ayant un TSA (Dossier de Presse Autisme, 2018). Pourtant, la situation d'inclusion semble avoir des effets positifs sur le ressenti des familles (Cappe et al, 2012) mais aussi et surtout pour l'enfant lui-même : plus grande autonomie (Yianni-Coudrier et al, 2016), meilleure adaptation sociale (Zorn et al, 2017), diminution de l'anxiété et de l'isolement social (Aubineau et al, 2018).
Nous avons également mentionné le peu d'information et de formation proposées aux enseignants (Paolini, 2017). Ils rencontrent des difficultés pour s'adapter à ces élèves à besoins particuliers (Mauuary Maetz, 2017) et ont peu de représentations quant à des savoir-être et des savoir-faire (Akoa et al, 2016). Accueillir un élève avec un TSA dans leur classe peut être source d'angoisse et d'appréhension, car ils se retrouvent confronté à une situation inhabituelle et inconnue (Houillon et al, 2012).
L'orthophoniste, comme nous l'avons évoqué, tient une place importante dans la prise en charge des personnes avec un TSA. Professionnel spécialiste de la communication et du langage, il participe au diagnostic, propose des séances de rééducation adaptées à chacun (Courtois-du-Passage, 2004), et propose un accompagnement aux familles (Tanet-Mory, 2002), Il renforce la motivation, stimule le désir de communiquer, les capacités de communication verbale et non verbale et les moyens de communication, dans le but d'obtenir une communication fonctionnelle. Il éduque également les aspects formels du langage, à savoir l'articulation, la phonologie, les compétences lexicales et syntaxiques, le langage écrit. Il travaille également avec le patient dans le but d'améliorer les compétences pragmatiques et les habiletés socio-conversationnelles (Renaudo, 2013). Par ailleurs, nous avons mentionné le Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste qui précise dans l'article 4 que l'orthophoniste peut proposer et participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes, mais aussi d'autres professionnels.
L'objectif de ce mémoire est donc de proposer des éléments de réponse à la problématique suivante : afin de leur apporter des savoirs plus spécifiques et de meilleures capacités d'adaptation, l'orthophoniste peut-il participer à la formation et à la diffusion d'informations auprès des enseignants, et ainsi favoriser et faciliter l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA ?

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2. Hypothèses

2.1. Hypothèse générale

Hypothèse 1 : L'orthophoniste, spécialiste des troubles du langage et de la communication, troubles prégnants chez les enfants avec un TSA, peut participer à informer et former les enseignants afin d'améliorer l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA.

2.2. Hypothèses secondaires

Hypothèse 2 : Une minorité d'enseignants a bénéficié d'une formation sur le TSA au cours de sa carrière.

Hypothèse 3 : Les représentations des enseignants concernant les élèves avec un TSA sont centrées sur les symptômes faisant partie de la dyade autistique (des déficits de la communication et des interactions sociales, caractère restreint et répétitif des comportements**,** des intérêts ou des activités).

Hypothèse 4 : Les enseignants ayant déjà bénéficié d'une formation ou ayant déjà accueilli dans leur classe un élève avec un TSA possèdent des représentations plus axées sur la scolarité et les besoins particuliers des élèves avec un TSA.

Hypothèse 5 : Les enseignants ayant déjà bénéficié d'une formation ou ayant déjà accueilli dans leur classe un élève avec un TSA possèdent des savoirs plus nombreux plus spécifiques aux enfants avec un TSA.

Hypothèse 6 : Les enseignants possèdent peu de connaissances concernant certaines particularités moins connues, notamment les particularités sensorielles ou encore l'hyperlexie.

Hypothèse 7 : Les enseignants ne se sentent pas suffisamment formés et informés concernant les élèves avec un TSA, et ont des difficultés à adapter leur enseignement.

Hypothèse 8 : Les enseignants ayant déjà bénéficié d'une formation ou ayant déjà accueilli dans leur classe un élève avec un TSA présentent un degré d'anxiété moins important, et ont une représentation plus positive et moins inquiétante de l'inclusion scolaire.

Hypothèse 9 : Les enseignants souhaitent davantage de collaboration avec les professionnels du secteur médico-social et paramédical, notamment avec l'orthophoniste, et souhaitent qu'il leur soit proposé davantage de formations et d'information, ainsi que de soutien afin d'adapter leur enseignement.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Méthodologie

1. Objectif

Notre étude est de type observationnel, son objectif est de recueillir les représentations, connaissances et ressentis des enseignants concernant les enfants et adolescents avec un TSA, mais aussi leurs attentes en termes d'informations, de formation et de collaboration avec les professionnels du secteur paramédical et médico-social, notamment avec les orthophonistes.

2. Choix de la population

Nous avons recueilli 64 réponses à notre questionnaire.
Le critère d'inclusion retenu pour le recrutement de notre population est le suivant : exercer en tant qu'enseignant dans un établissement du secondaire, c'est-à-dire en collège ou en lycée.
Les enseignants spécialisés sont exclus de cette recherche, car elle s'intéresse à l'inclusion des enfants et adolescents avec un TSA auprès d'enseignants non spécialisés, en milieu ordinaire. Les professeurs des écoles sont eux aussi exclus de cette recherche, puisqu'il s'agit ici de s'intéresser à l'inclusion des enfants et adolescents à partir du collège et jusqu'au lycée. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, plus l'enfant avance en âge, plus cette inclusion devient rare.
Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat, les enseignants de plusieurs établissements de Haute-Vienne ont été invités par e-mail à répondre au questionnaire. Ce dernier était disponible en ligne.

3. Variables

Les variables indépendantes sont les suivantes :

- l'âge
- le sexe
- le nombre d'années d'ancienneté
- le département d'exercice
- le lieu d'exercice (collège, lycée général et technologie ou lycée professionnel)
- la matière enseignée
- le fait d'avoir bénéficié ou non auparavant d'une ou plusieurs formation(s) concernant les enfants et adolescents avec un TSA
- le fait d'avoir accueilli ou non au cours de la carrière un enfant ou adolescent avec un TSA dans sa classe

Certaines variables indépendantes pourront être comparées aux réponses données par les participants, afin de mettre en évidence certaines corrélations. Par exemple, les réponses des enseignants ayant déjà reçu une formation pourront être comparées à celles des enseignants

Licence CC BY-NC-ND 3.0

n'en ayant jamais bénéficié, afin de mettre en évidence d'éventuelles différences en termes de représentations, de connaissances, mais aussi de ressentis et d'attentes.

Les variables dépendantes sont les suivantes :

- les représentations des enseignants concernant les enfants et adolescents avec un TSA et les difficultés que ces élèves peuvent rencontrer dans leur scolarité
- les connaissances des enseignants concernant les troubles fréquemment rencontrés chez les enfants et adolescents avec un TSA, leur expression, ainsi que les moyens de compensation possibles
- les ressentis des enseignants concernant leurs besoins en matière de formation et d'information, ainsi que leurs capacités d'adaptation face à un élève avec un TSA
- le degré d'appréhension des enseignants, notamment vis-à-vis des troubles du comportement, ainsi que leur opinion concernant l'inclusion scolaire de ces élèves.
- les attentes des enseignants en termes de formation et d'informations, de collaboration avec les orthophonistes et avec les professionnels du secteur médico-social et paramédical de manière générale, ainsi que de soutien afin de leur permettre d'adapter leur enseignement à un élève avec un TSA

4. Elaboration du questionnaire

Cette expérimentation a nécessité la création d'un questionnaire. Diffusé en ligne, celui-ci a été élaboré afin de permettre un état des lieux concernant les représentations, connaissances, ressentis et attentes des enseignants. Le but était de recueillir des données concrètes, sur le plan quantitatif mais également sur le plan qualitatif, ce qui n'avait pas été proposé auparavant. Proposer ce questionnaire en ligne présentait plusieurs avantages :

- la possibilité de recueillir un nombre conséquent de réponses
- la rapidité de passation (entre 5 et 10 minutes)
- la praticité pour les enseignants : ils pouvaient répondre au questionnaire au moment et dans le lieu où ils le souhaitaient
- l'assurance du caractère anonyme du questionnaire, permettant de limiter certains biais dans les réponses obtenues

Une première élaboration de cet outil a d'abord été proposée, puis elle a été soumise au jugement de deux experts en linguistique. Ces derniers, après avoir analysé le questionnaire, n'ont pas relevé de biais et l'outil a donc été validé. A la suite de cela, un pré-test a été proposé à une enseignante (professeur de mathématiques au collège) afin de lever d'éventuelles ambiguïtés concernant les questions posées. Cette dernière a qualifié le questionnaire de « clair », et « simple », mais a exprimé quelques difficultés à répondre à certaines questions. Nous avons donc pris en compte les remarques de cette enseignante et modifié les énoncés concernés en conséquece.
La version finale du questionnaire a donc été de nouveau validée, puis le questionnaire a été diffusé en ligne, via un lien envoyé par e-mail aux enseignants de différents établissements,

Licence CC BY-NC-ND 3.0

des collèges ainsi que des lycées de Haute-Vienne. L'enquête a été ouverte en décembre 2018, puis clôturée en février 2019, les données ont donc été recueillies sur une période de deux mois.

5. Présentation du questionnaire

Le questionnaire comporte une page de présentation, puis propose 5 parties abordant des thèmes différents. A la fin du questionnaire, il est proposé aux participants, à titre facultatif, de s'exprimer sur d'éventuelles remarques concernant cette enquête.

La page de présentation permet d'exposer aux participants le projet dans lequel s'inscrit cette enquête, ainsi que de leur préciser que les données recueillies resteront confidentielles et ne seront pas utilisées dans un autre cadre. Elle a pour but de les informer quant à la nature de ce questionnaire et de les rassurer concernant son caractère anonyme.
Dans la première partie du questionnaire, intitulée « A propos de vous », il est demandé aux enseignants de renseigner les informations suivantes (question 1 à 8) :

- leur sexe (question 1)
- leur âge (question 2)
- leur département d'exercice (question 3)
- leur nombre d'années d'ancienneté (question 4)
- leur lieu d'exercice (collège, lycée général et technologie ou lycée professionnel) (question 5)
- la matière qu'ils enseignent (question 6)
- s'ils ont bénéficié ou non auparavant d'une ou plusieurs formation(s) concernant les enfants et adolescents avec un TSA (question 7)
- s'ils ont accueilli ou non au cours de leur carrière un enfant ou adolescent avec un TSA dans leur classe (question 8)

Il s'agit ici de questions fermées (réponse oui/non) ainsi que de questions à choix multiples (notamment pour le lieu d'exercice : collège, lycée général et technologique ou lycée professionnel). Le but est ici, comme nous l'avons dit précédemment, de recueillir des variables indépendantes et de comparer certains profils d'enseignants avec les réponses enregistrées.

La deuxième partie du questionnaire, intitulée « Vos représentations concernant les TSA », comporte deux items d'évocation sur présentation d'énoncés inducteurs. Les questions sont les suivantes (questions 9 et 10) :

- Citez les 5 premiers mots (ou locutions) qui vous viennent à l'esprit lorsque l'on évoque les enfants et adolescents avec TSA (par ordre d'importance) (question 9)
- Citez 5 domaines dans lesquels, selon vous, les élèves avec TSA peuvent rencontrer des difficultés dans le milieu scolaire (par ordre d'importance) (question 10)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Ces items d'évocation, où l'on propose aux enseignants de citer un nombre limité de mots ou de locutions, ont pour but d'accéder au noyau central des représentations des enseignants, en analysant la fréquence d'apparition et le rang d'évocation des réponses obtenues. Ces items d'évocation sont volontairement proposés en premier dans le questionnaire, afin de ne pas induire de réponses.

La troisième partie du questionnaire, intitulée « Saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter… », comporte plusieurs items abordant les différents troubles fréquemment rencontrés chez les enfants et adolescents avec un TSA. Nous avons choisi d'aborder les troubles pouvant avoir un impact significatif dans le milieu scolaire, à savoir les difficultés de compréhension (orale et écrite) et d'expression (orale et écrite), les comportements particuliers, le trouble des habiletés sociales, les troubles des fonctions exécutives, les particularités sensorielles, ainsi qu'une éventuelle hyperlexie. Nous avons volontairement écarté certains troubles qu'il nous semblait moins essentiel d'aborder dans ce questionnaire à destination d'enseignants du secondaire. A titre d'exemple, la question des troubles alimentaires, pourtant très souvent observés chez les enfants avec un TSA, n'a pas été mentionnée.
Les items de cette troisième partie se présentent sous la forme de questions fermées et de questions ouvertes (questions 11 à 17). Pour chaque trouble abordé, le participant est invité à renseigner s'il savait que ce trouble pouvait être retrouvé chez les enfants et adolescents avec un TSA ; si sa réponse est affirmative, des questions ouvertes lui sont proposées afin de lui permettre de préciser ses connaissances. Si, au contraire, il répond de façon négative, les questions ouvertes ne sont pas proposées, et le questionnaire dirige directement l'enseignant vers l'item abordant le trouble suivant.
Les questions se présentent donc de la façon suivante : Saviez-vous que les enfants et adolescents avec un TSA pouvaient présenter… :

- Des difficultés de compréhension (orale et écrite) ? (question 11a)
- Selon vous, quels types d'énoncés risquent de leur poser des difficultés ? (question 11b)
- Pouvez-vous citer des moyens que vous pourriez mettre en œuvre afin de les contourner ? (question 11c)

A travers ces items 11a, 11b et 11c, nous cherchons à savoir si les enseignants ont entendu parler des possibles difficultés de compréhension chez ces enfants, mais aussi s'ils savent plus précisément dans quel contexte elles peuvent apparaître, et s'ils connaissent des moyens de compensation. Les réponses que nous pouvons attendre concernant le type d'énoncés pouvant les mettre en difficultés sont : les énoncés longs, complexes, comportant des données implicites, des mots abstraits, les énoncés à caractère ironique ou humoristique, ou encore les consignes données de façon collective. En ce qui concerne les moyens de pallier ces difficultés, nous pouvons attendre des références à l'utilisation de pictogrammes, de dessins, d'un langage littéral simple et sans ambiguïté, au fait de scinder les consignes et de s'adresser à l'enfant plutôt qu'au groupe entier.

- Des difficultés d'expression (orale et écrite) ? (question 12a)
- Pouvez-vous citer des exemples ? (question 12b)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Ces items 12a et 12b s'intéressent aux connaissances que peuvent avoir les enseignants concernant les troubles de l'expression. Nous pouvons nous attendre à ce qu'ils évoquent l'écholalie, un langage idiosyncrasique, des néologismes, une prosodie ainsi qu'une intonation particulière, le fait de monopoliser la parole ou au contraire de parler très peu.

- Des comportements particuliers ? (question 13a)
- Pouvez-vous citer des exemples ? (question 13b)

Nous nous attendons à ce que ces troubles soient connus de la majorité des enseignants, étant donné qu'ils font partie de la dyade du TSA « caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ». Les réponses attendues pourront aborder les stéréotypies, les balancements, les troubles du comportement, éventuellement de la violence, des « crises » difficiles à gérer.

- Un trouble des habiletés sociales ? (question 14a)
- Comment cela peut-il se traduire ? (question 14b)

Ici, comme pour l'item précédent, nous nous attendons à ce que les troubles soient connus de la majorité des enseignants, car ils font partie de la dyade du TSA « déficit de la communication et des interactions sociales ». Nous émettons l'hypothèse que les enseignants évoqueront dans leurs réponses la difficulté à comprendre autrui, le déficit de théorie de l'esprit, l'isolement, les comportements inadaptés, les particularités du regard.

- Des difficultés concernant les fonctions exécutives ? (planification, flexibilité…) (question 15a)
- Comment cela peut-il se traduire ? (question 15b)

- Des particularités sensorielles ? (question 16a)
- Pouvez-vous citer celles que vous connaissez ? (question 16b)

- Une hyperlexie ? (question 17a)
- Pouvez-vous définir brièvement le terme ? (question 17b)

Concernant les items 15, 16 et 17, nous nous attendons à ce que ces troubles soient moins connus des enseignants. Les troubles des fonctions exécutives ainsi que l'hyperlexie ne font pas partie de la dyade du TSA. Les particularités sensorielles ne sont reconnues comme critère diagnostic que depuis le DSM-5, même si, comme nous l'avons vu précédemment, elles touchent une grande majorité des personnes avec un TSA. Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'hypersensibilité, notamment auditive, sera la particularité sensorielle la plus citée (stéréotype de la personne avec un TSA qui colle ses mains sur les oreilles).

La quatrième partie du questionnaire, « Vos ressentis », a pour but de recueillir les ressentis des enseignants vis-à-vis de leur formation à ce sujet, leurs capacités d'adaptation face à des élèves avec un TSA, leur niveau d'anxiété s'ils étaient amenés à accueillir un élève avec un TSA dans leur classe, ainsi que leur appréhension face aux éventuels troubles du comportement.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Elle comporte 4 énoncés affirmatifs auxquels les participants sont invités à donner leur degré d'accord via une échelle de Likert. Les degrés d'accord sont les suivants :

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Nous avons choisi de créer une échelle comportant un nombre pair de propositions, afin d'éviter que les participants soient tentés de choisir trop fréquemment la réponse médiane. Les propositions sont toujours présentées dans le même ordre.
Les affirmations sont les suivantes :

- Je me sens suffisamment formé(e) et informé(e) concernant les enfants et adolescents avec TSA (question 18)
- Je pense être en mesure d'adapter mon enseignement à un élève avec TSA (question 19)
- Accueillir un élève avec TSA serait pour moi source d'anxiété (question 20)
- J'appréhende les troubles du comportement des élèves avec TSA (question 21)

A travers les questions 18 et 19, nous cherchons à savoir ce que les enseignants pensent de la formation ainsi que de l'information qu'ils ont eu la possibilité de recevoir concernant les élèves avec un TSA, aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, ainsi que la façon dont ils évaluent leurs propres capacités d'adaptation face à un élève avec un TSA.
Ici, nous nous attendons à ce que la majorité des réponses soient de type « pas du tout d'accord » ou « plutôt pas d'accord », car, comme nous l'avons vu précédemment, les futurs enseignants se voient proposer peu (voire pas) d'heures de formation concernant les élèves en situation de handicap durant leur formation initiale. Leur accompagnement est insuffisant et ils bénéficient de peu de soutien leur permettant d'adapter leur enseignement à un élève en situation de handicap. Il serait intéressant de comparer les réponses fournies par les enseignants ayant déjà bénéficié d'une formation concernant le TSA ou ayant déjà reçu un élève avec un TSA en classe et celles des enseignants dont ce n'est pas le cas.

A travers les questions 20 et 21, nous cherchons à mesurer le degré d'anxiété des enseignants s'ils étaient amenés à accueillir un élève avec un TSA dans leur classe. Nous abordons plus spécifiquement les troubles du comportement car, comme nous l'avons évoqué plus haut, les enseignants semblent appréhender plus particulièrement la possibilité d'être confrontés à la violence, aux « crises » d'un élève avec un TSA. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un enseignant ayant reçu une formation à ce sujet et/ou ayant déjà accueilli un élève avec un TSA aura un degré d'anxiété moins important.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Le dernier item est une affirmation à compléter par une ou plusieurs proposition(s), il s'agit d'une question à choix multiple (question 22) cherchant à recueillir leur opinion concernant l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA. Elle est formulée de la façon suivante :

- L'inclusion scolaire des élèves avec TSA me semble (question 22)

Ici, les enseignants peuvent choisir une ou plusieurs proposition(s) :
- Nécessaire
- Utile
- Difficilement réalisable
- Risquée
- Impossible
- Autre : à préciser

Ici, nous cherchons à connaître la représentation que les enseignants peuvent avoir concernant l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA. Cet item a été proposé afin de savoir si les enseignants ont conscience de l'opportunité qu'elle peut représenter, mais aussi de mettre en évidence leurs inquiétudes concernant le manque de moyens dont ils disposent. Elle permet aussi de pointer l'anxiété qu'ils peuvent ressentir, notamment vis-à-vis des troubles du comportements ou de l'implication que cela pourrait nécessiter. En effet, il est possible que certains enseignants expriment l'idée qu'accueillir un élève en situation de handicap leur demande une attention particulière, pouvant nuire aux autres élèves présents.
Chaque participant pouvait choisir autant de propositions qu'il le souhaitait, étant donné que les propositions ne sont pas incompatibles entre elles. Une proposition intitulée « autre » a été créée afin de permettre aux enseignants qui le souhaitaient de s'exprimer à ce sujet librement, avec leurs propres mots.

La cinquième et dernière partie du questionnaire, intitulée « Dans le cadre de l'inclusion scolaire des élèves avec TSA, je souhaiterais… », nous nous intéressons aux attentes des enseignants en termes d'information, de formation et de collaboration. De la même façon que pour la partie précédente, chaque affirmation est accompagnée d'une échelle de Likert.
Les affirmations sont les suivantes : Dans le cadre de l'inclusion scolaire des élèves avec TSA, je souhaiterais…

- Davantage de collaboration avec les orthophonistes (question 23)
- Davantage de collaboration avec les professionnels du secteur médico-social et paramédical (question 24)
- Bénéficier davantage de formation et d'information (question 25)
- Bénéficier davantage de soutien afin d'adapter mon enseignement (question 26)

Ici, nous nous attendons à une majorité de réponses du type « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord », étant donné que les enseignants bénéficient de très peu de formation concernant les élèves en situation de handicap. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une corrélation entre le degré d'anxiété et le souhait de bénéficier davantage de collaboration, formation et information.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

6. Méthode d'analyse

Concernant les items d'évocation (question 9 et 10), nous avons choisi de créer différentes catégories en fonction des termes abordés par les enseignants, puis de comptabiliser le nombre de réponses et de relever le rang d'évocation le plus fréquent dans chaque catégorie. Les résultats seront présentés sous forme de pourcentages pour chaque catégorie. Nous proposerons également des nuages de mots afin de mettre en avant de façon visuelle les termes les plus souvent utilisés par les participants. Nous comparerons les résultats obtenus par les enseignants n'ayant jamais bénéficié de formation ou accueilli un élève avec un TSA en classe (groupe 1) et les enseignants ayant déjà bénéficié de formation ou accueilli un élève avec un TSA en classe (groupe 2).

Concernant les questions concernant les connaissances des enseignants (questions 11 à 17), nous créerons encore une fois différentes catégories en fonction des réponses obtenues. Les résultats seront présentés sous forme de pourcentages pour chaque catégorie. Ici encore, nous comparerons les données recueillies pour les groupes 1 et 2.

Pour les questions concernant les ressentis (questions 18 à 21) et les attentes des enseignants (questions 23 à 26), nous comparerons le nombre de participants ayant choisi chaque degré d'accord grâce à des pourcentages. Nous chercherons également à mettre en évidence d'éventuelles corrélations grâce au test de corrélations de Spearman.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Résultats

1. Données épidémiologiques

Tableau 1 : Données épidémiologiques des participants

Catégorie	Nombres de sujets	Pourcentage
Tous	**64**	**100%**
Femmes	**41**	**64,1%**
Hommes	**23**	**35,9%**
Enseignants au collège	**31**	**48,4%**
Enseignants au lycée	**33**	**51,6%**
Département 87	**64**	**100%**
Enseignants ayant déjà bénéficié d'une ou plusieurs formation(s) concernant les enfants et adolescents avec un TSA	**7**	**10,9%**
Enseignants ayant déjà accueilli un élève avec un TSA dans sa classe	**34**	**53,1%**

Nous avons pu recueillir les réponses de 64 personnes, 41 femmes (64,1%) et 23 hommes (35,9%). Tous sont enseignants dans des établissements situés en Haute-Vienne (87). 31 participants exercent en collège (48,4%) et 33 participants exercent en lycée général et technologie ou lycée professionnel (51,6%). 34 participants (53,1%) ont déjà accueilli au cours de leur carrière un ou plusieurs élève(s) avec un TSA. 7 participants (10,9%) ont déjà bénéficié d'une ou plusieurs formation(s) concernant les enfants et adolescents avec un TSA. Pour chaque donnée recueillie, nous avons choisi de présenter les résultats obtenus pour l'ensemble des participants. Nous avons également choisi de comparer les résultats obtenus par les enseignants ayant déjà accueilli un élève avec un TSA ou ayant déjà bénéficié d'une formation (que nous nommerons groupe AFE, avec formation et/ou expérience) avec ceux obtenus par les enseignants n'ayant jamais accueilli d'élève avec un TSA et n'ayant jamais bénéficié de formation (que nous nommerons groupe SFE, sans formation ni expérience). En effet, compte tenu du peu d'enseignants avant déjà reçu une formation, il nous semblait difficile de créer une catégorie leur étant uniquement dédiée.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2. Représentations (questions 9 et 10)

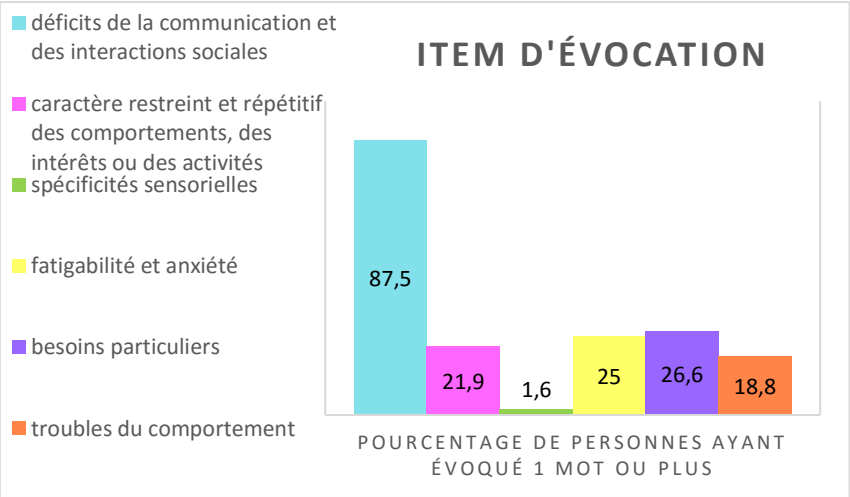


Figure 1 : Item d'évocation

Ce graphique représente les réponses obtenues lors de l'item d'évocation concernant les enfants et adolescents avec un TSA (question 9). 87,5% des participants évoquent un mot ou plus concernant les déficits de la communication et des interactions sociales (« isolement », « difficultés de communication », « coupé du monde », « difficultés de sociabilisation »). On retrouve le plus souvent ces mots au rang 1 (43,2% des mots) ou au rang 2 (22,7% des mots). 21,9% d'entre eux évoquent un mot ou plus concernant le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, (« répétition », « gestes répétitifs », « rituels ») le plus souvent au rang 4 (35,2% des mots) ou 5 (23,4% des mots). Seuls 1,6% d'entre eux font référence aux spécificités sensorielles (une seule personne du groupe 1 évoque l'hypersensibilité tactile). 25% évoquent la fatigabilité et l'anxiété pouvant être ressenties par les élèves avec un TSA (« fatigue », « angoisse », « anxiété », « mal-être »), le plus souvent aux rangs 2 et 3 (57,1% des mots). 26,6% proposent un mot ou plus se référant aux besoins particuliers des élèves avec un TSA (« adaptation », « différenciation », « encadrement »), le plus souvent aux rangs 3 ou 4 (50% des mots). Enfin, 18,8% évoquent les troubles du comportement (« violent », « crises », « agressivité »), le plus souvent au rang 5 (33,3% des mots).

Pour chaque item d'évocation, nous avons catégorisé les réponses proposées dans différents groupes selon les notions auxquelles elles se rapportaient, afin de créer un nuage de mots pour chacun des deux groupes de sujets. Plus l'occurrence du thème est importante lorsqu'on la compare à l'occurrence des autres thèmes, plus la taille du mot dans le nuage est importante.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Figure 2a : Nuage de mots item 1 groupe SFE

Figure 2b : Nuage de mots item 1 groupe AFE

Lors du premier item d'évocation (question 9), le groupe SFE propose davantage de mots se référant aux comportements particuliers et aux troubles du comportement (16 mots, par exemple « comportement », « crise ») ainsi qu'à l'isolement (13 mots, par exemple « isolement », « associable », « repli sur soi »). Ils expriment également davantage de termes à propos des difficultés pouvant être rencontrées par les enseignants (6 mots, par exemple « comment gérer ? », « manque de temps », « compétence enseignant », « méconnaissance du trouble »). Pour le groupe AFE, les mots ayant les plus fortes occurrences concernent les difficultés relationnelles (16 mots, par exemple « relations sociales », « relations sociales compliquées », « difficultés relationnelles ») ainsi que les besoins particuliers des élèves avec un TSA (17 mots, par exemple « adaptation », « bienveillance », « attention particulière »). Ils proposent également plus de mots se rapportant à la souffrance (14 mots, par exemple « angoissé », « inquiet », « fatigue », « confiance en soi », « anxiété », « souffrance »).

Figure 3a : Nuage de mots item 2 groupe SFE

Figure 3b : Nuage de mots item 2 groupe AFE

Lorsque l'on s'intéresse aux réponses au second item d'évocation concernant les domaines pouvant poser des difficultés dans le milieu scolaire (question 10), on constate moins de différences entre les deux groupes que pour le premier item. Le thème le plus représenté concerne les difficultés de socialisation (35 mots pour chaque groupe, par exemple « sociabilisation », « insertion », « relations avec les pairs ») ainsi que les difficultés d'expression (24 mots pour chaque groupe, par exemple « expression orale », « écriture », « rédaction »). Au contraire, les difficultés de compréhension sont relativement peu abordées (4 mots pour le groupe SFE, 5 mots pour le groupe AFE). Les difficultés de communication sont citées par les deux groupes (10 mots pour le groupe SFE, 14 mots pour le groupe AFE), ainsi que les difficultés liées à l'environnement scolaire (7 mots pour le groupe SFE, 12 mots pour le groupe AFE, par exemple « changement de salle », « cour », « environnement », « imprévus »). Dans le groupe SFE, 3 mots se rapportent à la fatigabilité, contre 9 mots pour le groupe 2. Enfin, seul le groupe AFE fait référence à l'angoisse pouvant être ressentie par ces élèves (6 mots, par exemple « angoisse », « peur de l'échec »).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3. Connaissances (questions 11 à 17)

3.1. Troubles de la compréhension

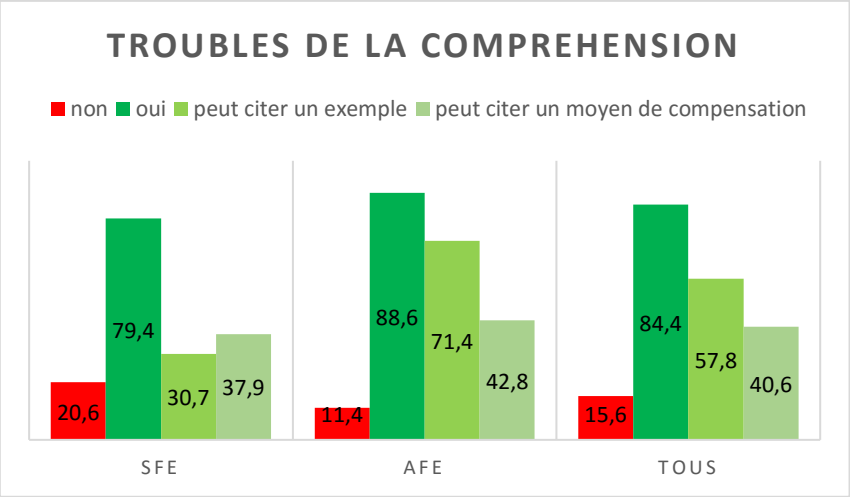


Figure 4a : Troubles de la compréhension

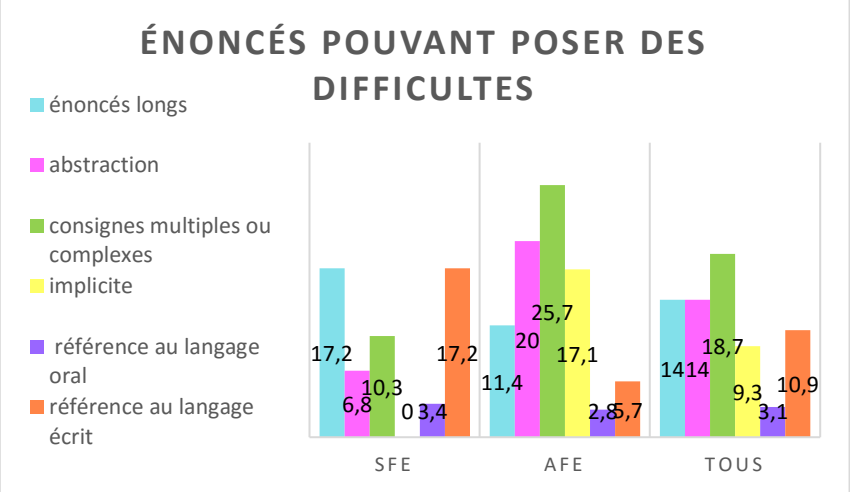


Figure 4b : Exemples d'énoncés posant des difficultés

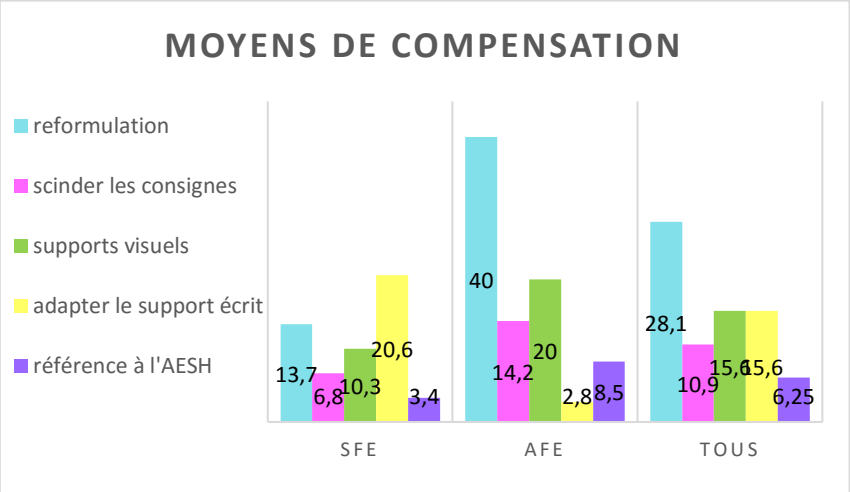


Figure 4c : Exemples de moyens de compensation

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Ces graphiques représentent les réponses données aux questions concernant les troubles de la compréhension (questions 11). A la première question, « saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter des difficultés de compréhension (orale et écrite) ? », 20,6% des enseignants du groupe SFE ont répondu de façon négative, contre 11,4% chez les enseignants du groupe AFE. S'ils avaient répondu affirmativement à cette question, il leur était ensuite demandé « selon vous, quels types d'énoncés risquent de leur poser des difficultés ? » et « pouvez-vous citer des moyens de compensation que vous pourriez mettre en œuvre afin de les contourner ? ». Concernant le type d'énoncé, seuls 30,7% des enseignants du groupe SFE répondent à cette question en fournissant un exemple, contre 71,4 des enseignants du groupe AFE. Concernant les moyens de compensation, 37,9% des enseignants du groupe SFE peuvent en citer au moins un, contre 42,8% des enseignants du groupe AFE.
Les réponses proposées par les participants ont été analysées et classées selon les thèmes qu'ils abordaient.
Concernant les énoncés pouvant leur poser des difficultés, les enseignants ont cité les énoncés longs, les énoncés nécessitant des capacités d'abstraction, les consignes multiples ou complexes, les énoncés faisant appel à l'implicite. Nous nous sommes également intéressés aux références faites au langage oral d'une part, et celles faites au langage écrit d'autre part.
Les réponses les plus citées par les participants du groupe SFE sont les énoncés longs (17,2%) ainsi que des références au langage écrit (17,2%). Ils sont peu nombreux à faire référence au langage oral (3,4%), aux consignes multiples ou complexes (10,3%), aux énoncés nécessitant des capacités d'abstraction (6,8%). On remarque également qu'aucun d'entre eux ne mentionne les énoncés contenant des données implicites.
Les participants du groupe AFE sont nombreux à mentionner les consignes multiples et complexes (25,7%) ainsi que les énoncés nécessitant des capacités d'abstraction (20%). Ils font davantage référence aux énoncés contenant des données implicites (17,1%). La longueur de l'énoncé est la quatrième réponse la plus citée (11,4%). Contrairement à l'autre groupe, ils mentionnent peu le langage écrit (5,7%). Encore une fois, ils produisent peu de référence au langage oral (2,8%).

En ce qui concerne les moyens de contourner ces difficultés, les participants ont cité plusieurs stratégies : reformuler, scinder les consignes, utiliser des supports visuels, adapter le support écrit proposé, proposer une aide humaine grâce à l'intervention d'une AESH.
La réponse la plus citée par les enseignants du groupe SFE est l'adaptation du support écrit (« texte écrit plus gros », « mettre en gras », « changer la police ») (20,6%). Cette réponse est peu proposée par le groupe AFE (2,8%). Les autres moyens de compenser les difficultés de compréhension sont plus souvent abordées par le groupe AFE, qu'il s'agisse de reformuler (40% contre 13,7%), de scinder les consignes (14,2% contre 6,8%), de proposer des supports visuels (20% contre 10,3%). 3,4% des participants du groupe SFE et 8,5% des participants du groupe AFE font également référence à l'AESH comme moyen de contourner les difficultés de compréhension.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3.2. Troubles de l'expression

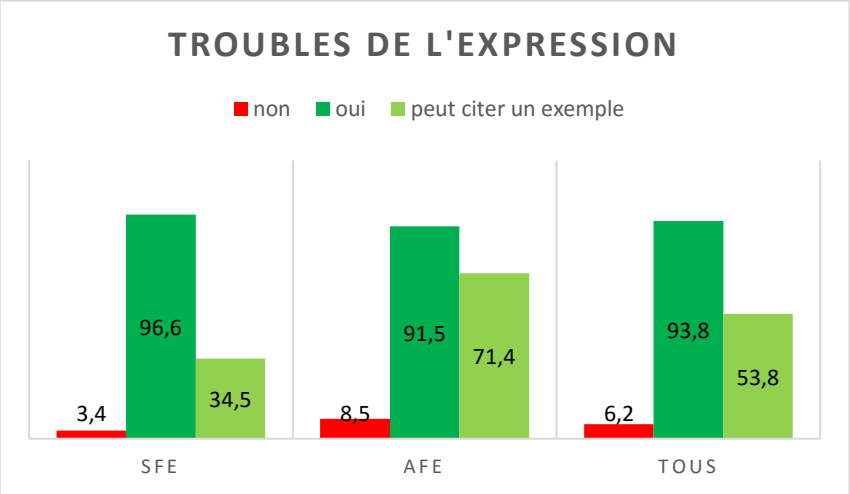


Figure 5a : Troubles de l'expression

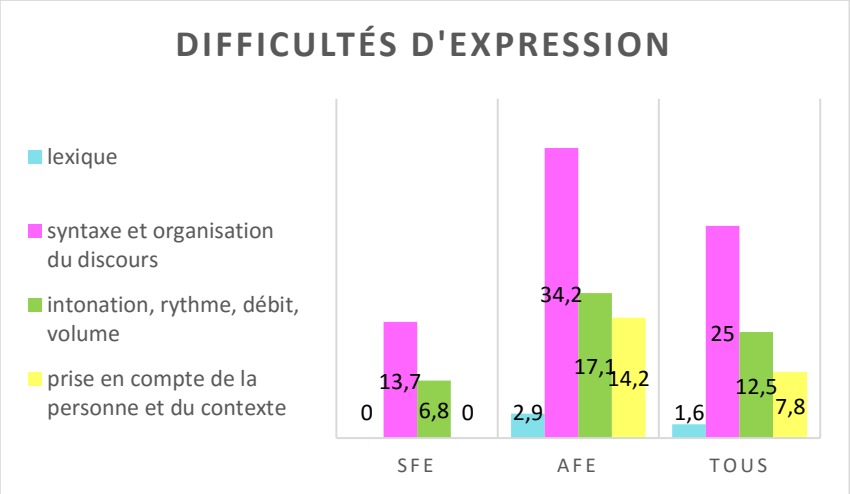


Figure 5b : Exemples de difficultés d'expression

Ces graphiques représentent les réponses données aux questions concernant les troubles d'expression (question 12). A la première question, « saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter des difficultés d'expression (orale et écrite) ? », 3,4% des enseignants du groupe SFE ont répondu de façon négative, contre 8,5% chez les enseignants du groupe AFE. Cependant, seuls 34,5% des enseignants du groupe SFE peuvent ensuite citer un exemple, contre 71,4% des enseignants du groupe AFE.

Les réponses proposées par les participants ont été analysées et classées selon les thèmes qu'ils abordaient. Les réponses du groupe AFE sont plus variées et ont nécessité la création de quatre catégories différentes : ils abordaient les difficultés liées au lexique (2,9%), les troubles de la syntaxe et de l'organisation du discours (34,2%), les troubles liés aux paramètres vocaux (rythme, débit, volume, intonation) (17,1%), ainsi que les difficultés liées à un manque de prise en compte du contexte et de la personne (14,2%). Les réponses du groupe SFE concernent les troubles de la syntaxe et de l'organisation du discours (13,7%), les troubles liés aux paramètres vocaux (rythme, débit, volume, intonation) (6,8%).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3.3. Comportements particuliers

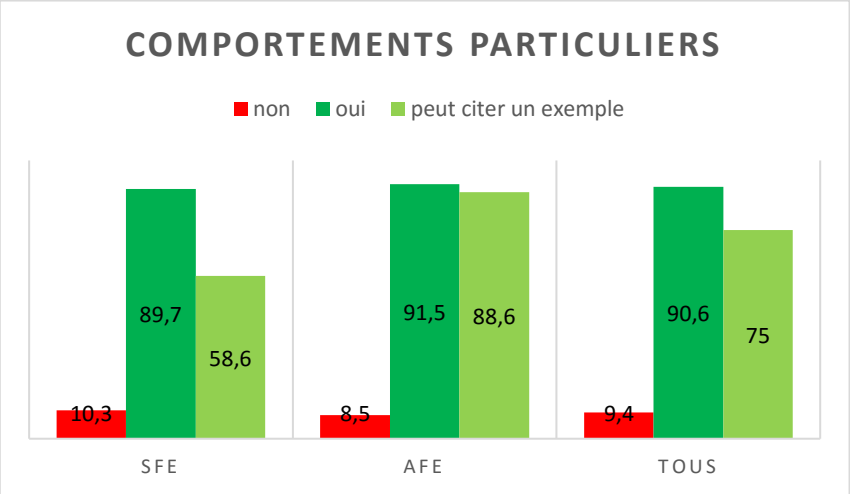


Figure 6a : Comportements particuliers

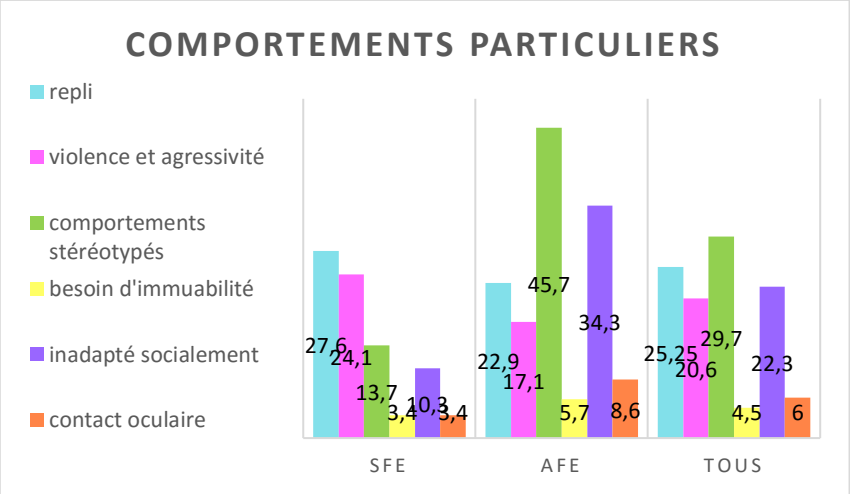


Figure 6b : Exemples de comportements particuliers

Ces graphiques représentent les réponses données aux questions concernant les comportements particuliers (questions 13). A la première question, « saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter des comportements particuliers ? », 10,3% des enseignants du groupe SFE ont répondu de façon négative, contre 8,5% chez les enseignants du groupe AFE. Un peu plus de la moitié (58,6%) des enseignants du groupe SFE peuvent ensuite citer un exemple, contre 88,6% des enseignants du groupe AFE.
Les réponses proposées par les participants ont été analysées et classées selon les thèmes qu'ils abordaient. Les exemples les plus cités par le groupe SFE font référence au repli sur soi (27,6%) ainsi qu'à la violence et l'agressivité (24,1%). Le groupe AFE aborde également ces thèmes (22,9% et 17,1%), mais les exemples les plus cités concernent les comportements stéréotypés (45,7%) ainsi que le caractère inadapté de ces comportements (34,3%).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3.4. Trouble des habiletés sociales

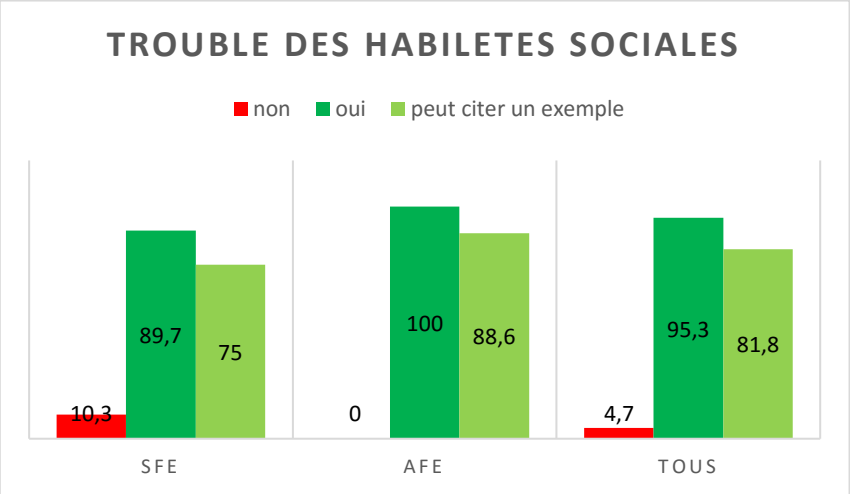


Figure 7a : Trouble des habiletés sociales

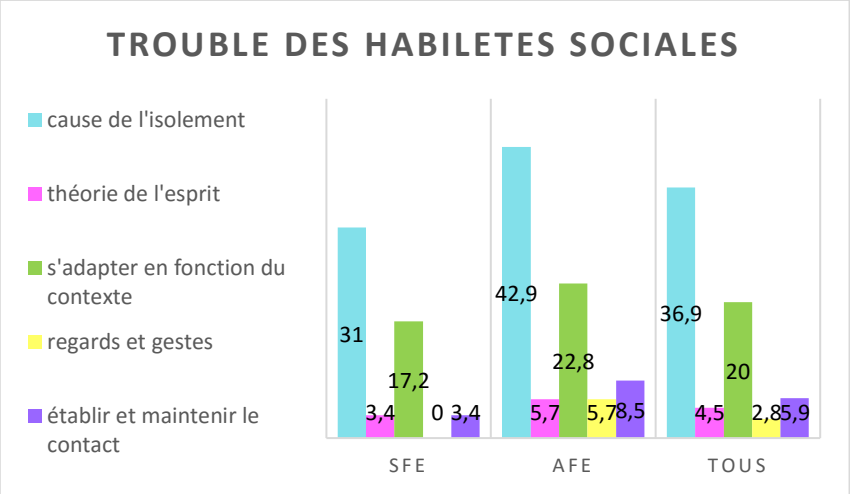


Figure 7b : Exemples de troubles des habiletés sociales

Ces graphiques représentent les réponses données aux questions concernant le trouble des habiletés sociales (questions 14). A la première question, « saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter un trouble des habiletés sociales ? », 89,7% des enseignants du groupe SFE ont répondu de façon affirmative, contre 100% chez les enseignants du groupe AFE. 75% des enseignants du groupe SFE peuvent ensuite citer un exemple, contre 88,6% des enseignants du groupe AFE.

Les réponses proposées par les participants ont été analysées et classées selon les thèmes qu'ils abordaient. Les deux groupes évoquent l'isolement (31% pour le groupe SFE et 42,9% pour le groupe AFE). Les participants du groupe AFE sont légèrement plus nombreux à faire référence à la théorie de l'esprit (5,7% contre 3,4%), aux difficultés d'adaptation en fonction du contexte (22,8% contre 17,2%), aux difficultés d'établissement et de maintien du contact (8,5% contre 3,4%). Seul le groupe AFE cite les particularités de regards et gestuelles (5,7%).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3.5. Trouble des fonctions exécutives

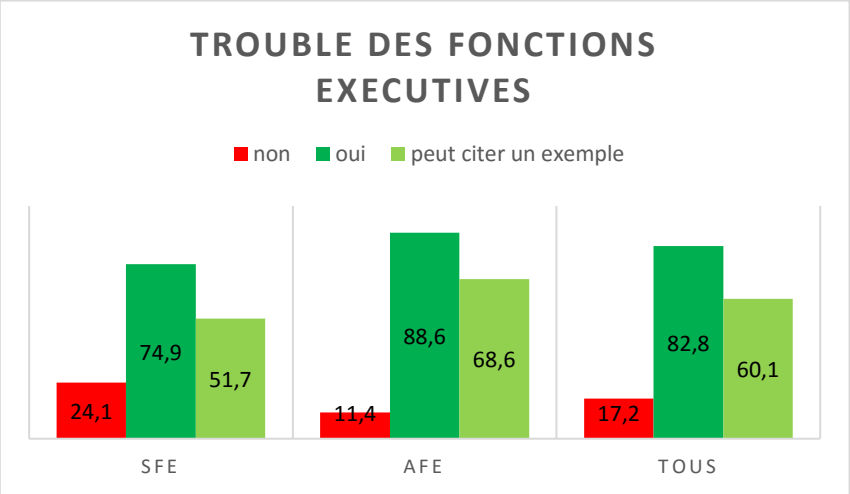


Figure 8a : Trouble des fonctions exécutives

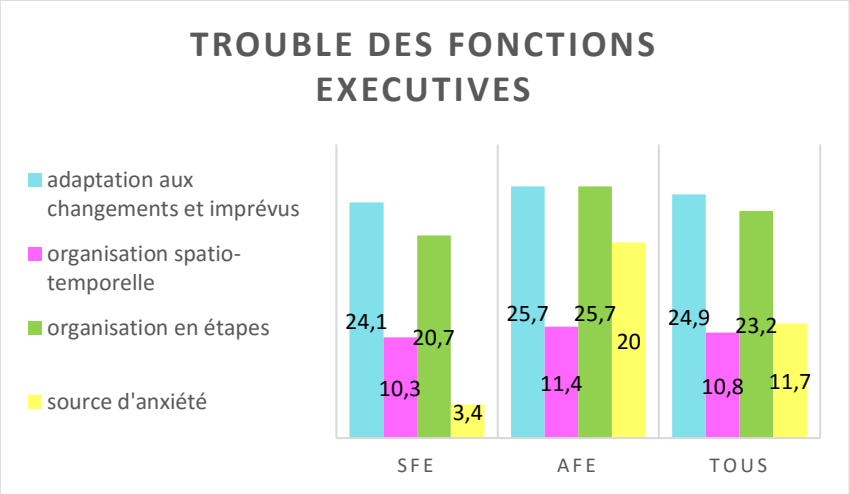


Figure 8b : Exemples de troubles des fonctions exécutives

Ces graphiques représentent les réponses données aux questions concernant le trouble des fonctions exécutives (questions 15). A la première question, « saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter un trouble des fonctions exécutives ? (planification, flexibilité…)», 24,1% des enseignants du groupe SFE ont répondu de façon négative, contre 11,4% des enseignants du groupe AFE. 51,7% des enseignants du groupe SFE répondent ensuite à la question « comment cela peut-il se traduire ? », contre 68,6% des enseignants du groupe AFE.

Les réponses proposées par les participants ont été analysées et classées selon les thèmes qu'ils abordaient. On retrouve chez les deux groupes des réponses sensiblement identiques, faisant référence au manque de flexibilité face à des changements ou des imprévus (24,1% et 25,7%), à des difficultés d'anticipation et de planification lorsque l'activité demande une organisation spatio-temporelle (10,3% et 11,4%) et une organisation en étapes (20,7% et 25,7%). Cependant, 20% des personnes du groupe AFE mentionnent le fait que ces troubles et leurs conséquences sont une source d'anxiété pour l'élève TSA, contre seulement 3,4% des participants du groupe SFE.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3.6. Particularités sensorielles

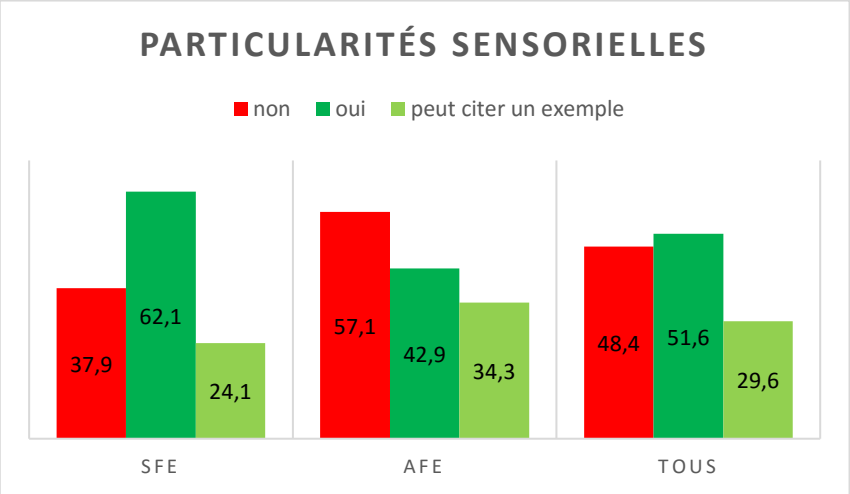


Figure 9a : Particularités sensorielles

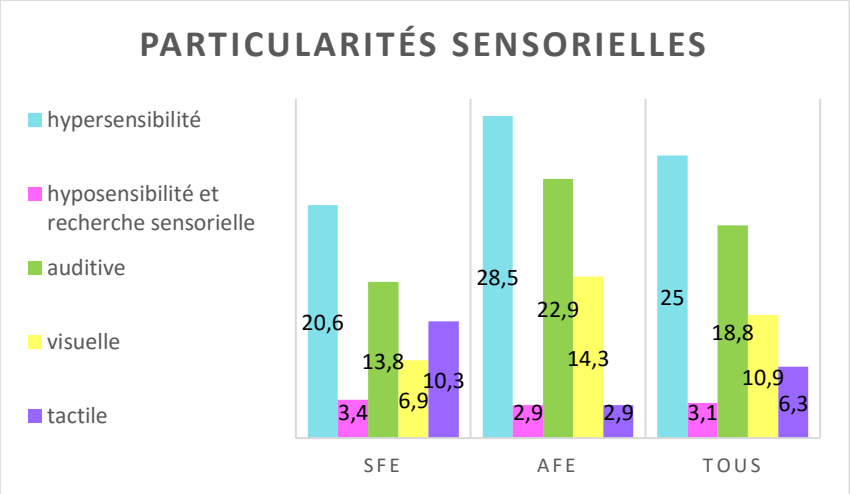


Figure 9b : Exemples de particularités sensorielles

Ces graphiques représentent les réponses données aux questions concernant les particularités sensorielles (questions 16). A la première question, « saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter des particularités sensorielles ?», 37,9% des enseignants du groupe SFE ont répondu qu'ils l'ignoraient. Ils sont encore plus nombreux chez les enseignants du groupe AFE : 57,1% des enseignants ont répondu de façon négative. Néanmoins, cette tendance s'inverse ensuite, car 24,1% des enseignants du groupe SFE répondent ensuite à la question « pouvez-vous citer celles que vous connaissez ? », contre 34,3% des enseignants du groupe AFE.

Les réponses proposées par les participants ont été analysées et classées selon les thèmes qu'ils abordaient. L'hypersensibilité est bien plus citée que l'hyposensibilité ou la recherche sensorielle (25% contre 3,1%). Le sens le plus fréquemment évoqué est l'audition (13,8% dans le groupe SFE et 22,9% dans le groupe AFE), viennent ensuite la vue (6,9% dans le groupe SFE, 14,3% dans le groupe AFE) et le toucher (10,3% dans le groupe SFE, 2,9% dans le groupe AFE) Les particularités sensorielles concernant l'olfaction ainsi que le goût ne sont jamais citées. On ne retrouve aucune réponse faisant référence à la sensibilité à la douleur.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3.7. Hyperlexie

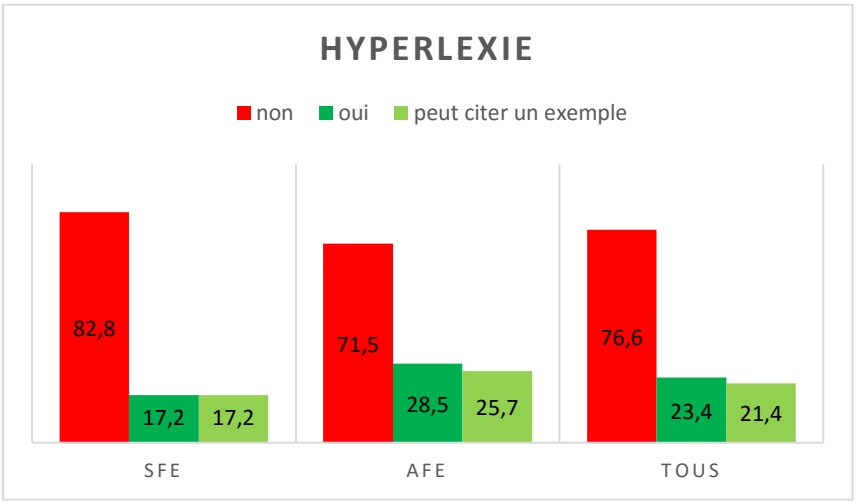


Figure 10a : Hyperlexie

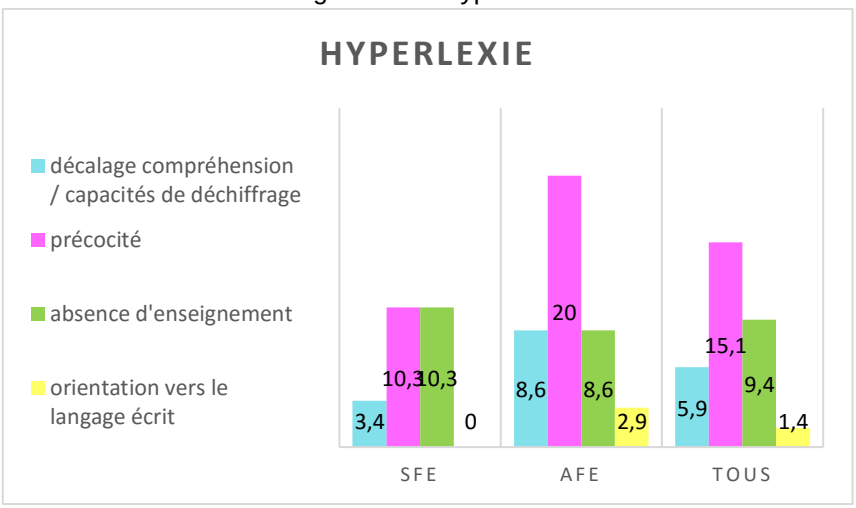


Figure 10b : Définition de l'hyperlexie

Ces graphiques représentent les réponses données aux questions concernant l'hyperlexie (questions 17). A la première question, « saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter une hyperlexie ?», 71,5% des enseignants du groupe AFE ont répondu qu'ils l'ignoraient. Ils sont encore plus nombreux chez les enseignants du groupe SFE : 82,8% des enseignants ont répondu de façon négative. 17,2% des enseignants du groupe SFE fournissent ensuite au moins un élément afin de définir le terme, contre 27,7% des enseignants du groupe AFE.

Les réponses proposées par les participants ont été analysées et classées selon les thèmes qu'ils abordaient. L'acquisition précoce est l'élément le plus fréquemment cité (20% pour le groupe AFE et 10,3% pour le groupe SFE), suivie de l'absence d'enseignement (8,6% pour le groupe AFE et 10,3% pour le groupe SFE). Le décalage entre les capacités de déchiffrage et la compréhension n'est que peu fréquemment abordé (8,6% pour le groupe AFE, 3,4% pour le groupe SFE).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

4. Ressentis (questions 18 à 22)

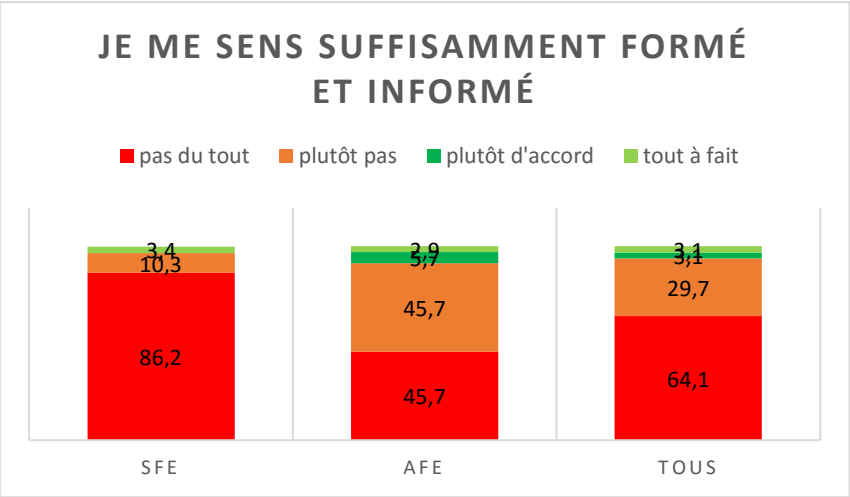


Figure 11a : Ressentis face à l'information et au niveau de formation

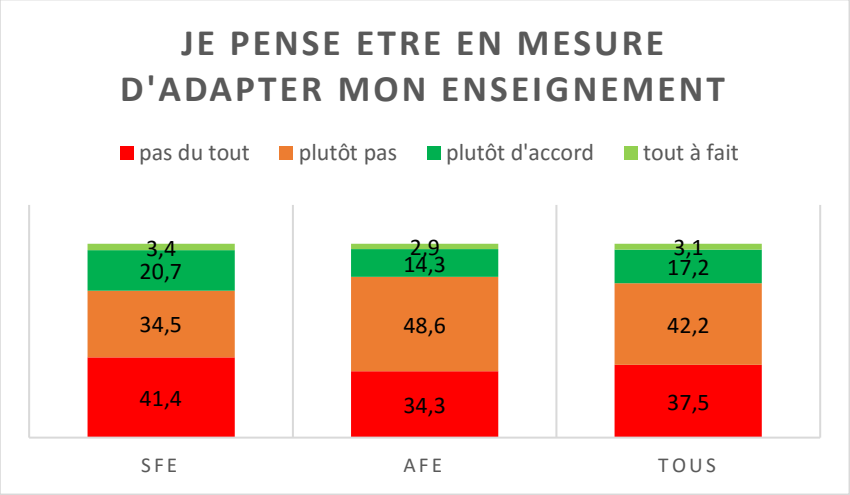


Figure 11b : Ressentis face aux capacités d'adaptation

Ces graphiques exposent les ressentis des enseignants interrogés concernant leur formation, leur accès à l'information (question 18) ainsi que leurs capacités d'adaptation face à un élève avec un TSA (question 19). A l'affirmation « je me sens suffisamment formé(e) et informé(e) concernant les enfants et adolescents avec TSA, 86% des enseignants du groupe SFE choisissent la réponse « pas du tout d'accord ». Les enseignants du groupe AFE ne sont que 45,7% à choisir cette proposition, mais ils sont également 45,7% à répondre « plutôt pas d'accord ». Si l'on s'intéresse à l'ensemble des réponses, seuls 6.2% des participants sont en accord avec cette affirmation et répondent « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ». Concernant l'affirmation « je pense être en mesure d'adapter mon enseignement à un élève avec TSA », 41,4% des participants du groupe SFE et 34,3% des participants du groupe AFE choisissent la proposition « pas du tout d'accord ». Il s'agit de la réponse la plus fréquemment choisie par le groupe SFE. La réponse la plus donnée par les enseignants du groupe AFE est la proposition « plutôt pas d'accord ». 24,1% des enseignants du groupe SFE, soit près d'un quart d'entre eux, sont en accord avec cette affirmation et répondent « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord », contre seulement 17,2% des enseignants du groupe AFE.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

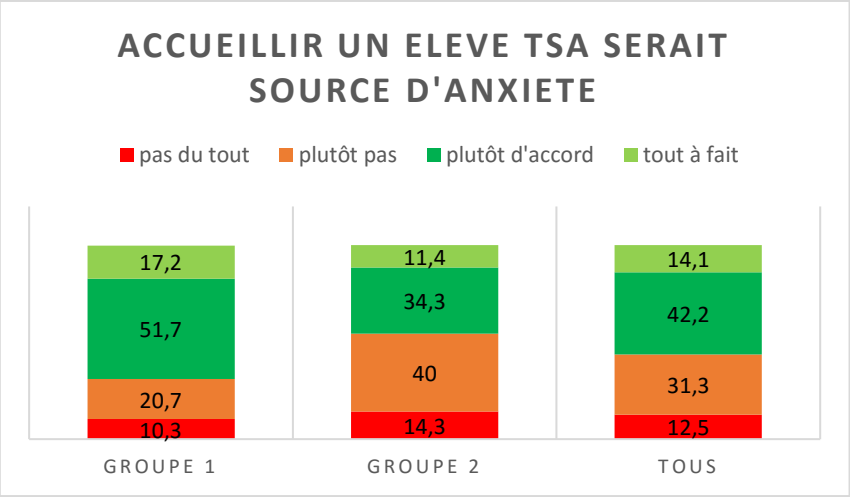


Figure 11c : Anxiété ressentie face à l'accueil d'un élève avec un TSA

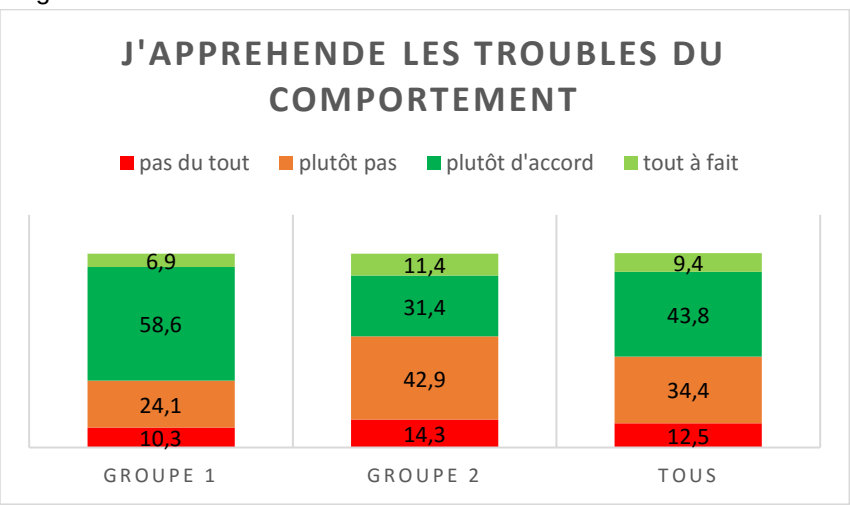


Figure 11d : Appréhension vis-à-vis des troubles du comportement

Ces graphiques présentent le niveau d'anxiété des enseignants interrogés s'ils étaient amenés à accueillir dans leur classe un élève avec un TSA (question 20), ainsi que leur degré d'appréhension concernant les troubles du comportement qu'il est possible de rencontrer chez ces enfants et adolescents (question 21). Accueillir un élève avec un TSA serait une source d'anxiété pour la majorité des enseignants du groupe SFE : en effet, ils sont 68,9% à avoir choisi les réponses « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ». Les enseignants du groupe AFE ne choisissent ces propositions que dans 45,7% des cas.
Les troubles du comportement sont également davantage appréhendés chez les enseignants du groupe SFE : en effet, ils sont 65,5% à avoir choisi les réponses « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ». Les enseignants du groupe AFE ne choisissent ces propositions que dans 42,8% des cas.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

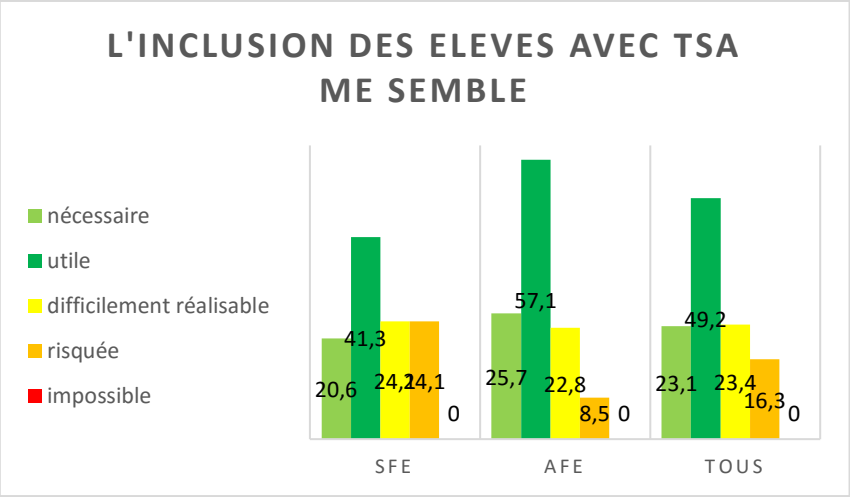


Figure 11e : Ressentis face à l'inclusion des élèves avec un TSA

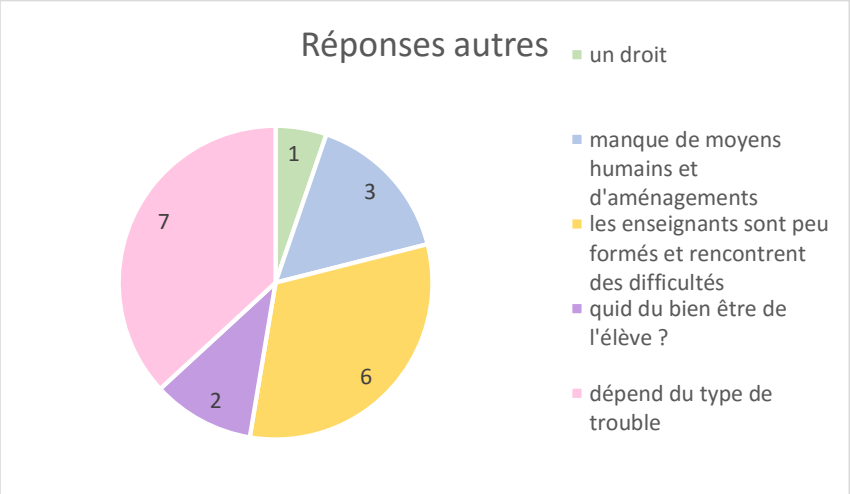


Figure 11f : Ressentis face à l'inclusion des élèves avec un TSA : réponses autres

Dans le groupe SFE, 20,6% des personnes considèrent l'inclusion scolaire comme étant nécessaire, et 41,3% jugent la situation d'inclusion utile pour les élèves avec TSA. 24,1% d'entre eux expriment qu'elle leur paraît difficilement réalisable, et 24,1% d'entre eux estiment que cette situation peut représenter un risque. Aucun participant ne considère cette inclusion comme impossible.

Les enseignants du groupe AFE la jugent nécessaire à 25,7%, et utile à 57,1%. 22,8% d'entre eux estiment qu'elle est difficilement réalisable. 8,5% des participants de ce groupe considèrent que cette situation peut représenter un risque. Aucun participant ne considère cette inclusion comme impossible.

Concernant les réponses « autres », 7 personnes précisent que leur ressenti face à l'inclusion scolaire dépend du type de trouble que présente l'élève. 6 personnes mettent en avant le fait que les enseignants sont peu formés et que, de ce fait, ils rencontrent des difficultés. 3 personnes mentionnent le manque de moyens humains et d'aménagements adaptés. 2 personnes s'interrogent sur le bien-être de ces élèves en situation d'inclusion scolaire. Une personne rappelle que l'inclusion est un droit pour ces élèves.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

5. Attentes (questions 23 à 26)

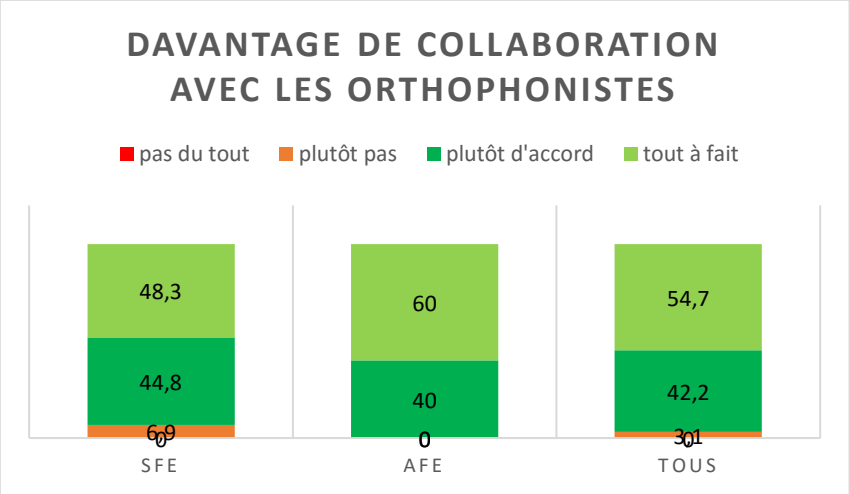


Figure 12a : Attentes en termes de collaboration avec les orthophonistes

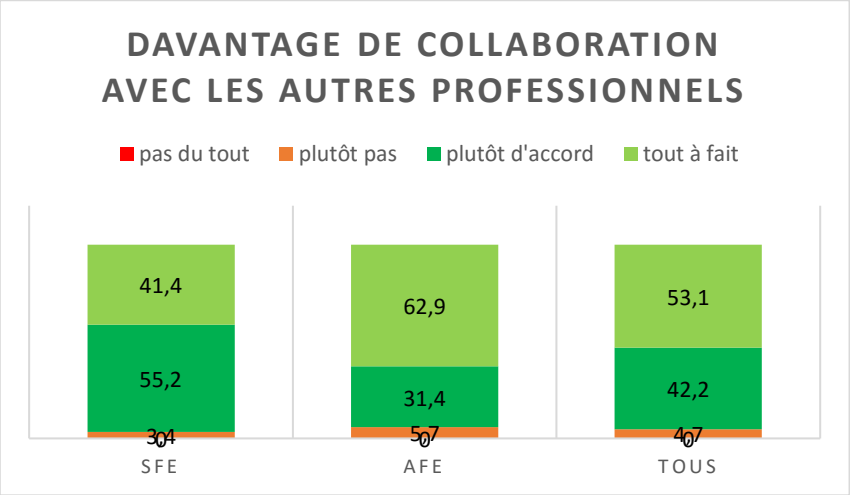


Figure 12b : Attentes en termes de collaboration avec les autres professionnels

Ces graphiques présentent les attentes des enseignants en termes de collaboration avec les orthophonistes (question 23), ainsi qu'avec les différents professionnels du secteur médico-social et paramédical (question 24).

Les enseignants des deux groupes déclarent souhaiter davantage de collaboration avec les orthophonistes : 93,1% des participants du groupe SFE et 100% des participants du groupe AFE choisissent les réponses « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord ». Seuls 6,9% des enseignants du groupe SFE répondent « plutôt pas d'accord ». Aucun participant ne se déclare « pas du tout d'accord » face à cette affirmation.

Les enseignants des deux groupes déclarent également souhaiter davantage de collaboration avec les différents professionnels des secteurs médico-sociaux et paramédicaux. 96,6% des enseignants du groupe SFE et 94,3% des enseignants du groupe AFE choisissent les réponses « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord ». Seuls 4,7% des enseignants répondent « plutôt pas d'accord ». Aucun participant ne se déclare « pas du tout d'accord » face à cette affirmation.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

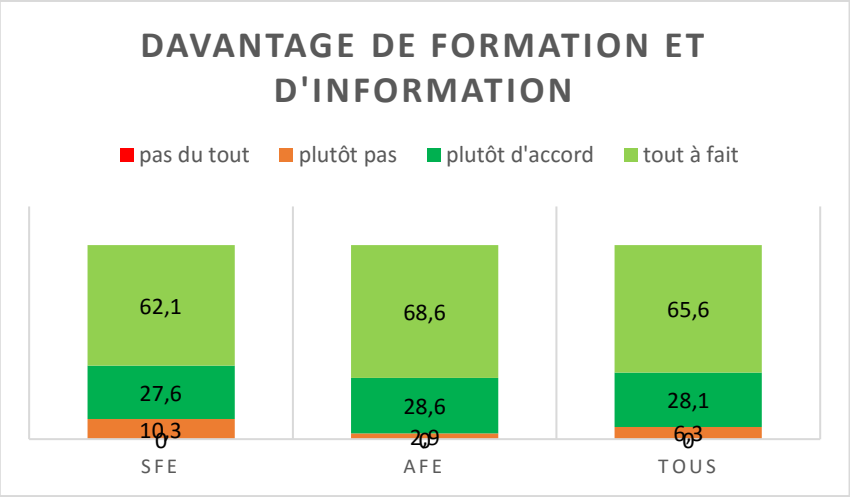


Figure 12c : Attentes en termes de formations et informations

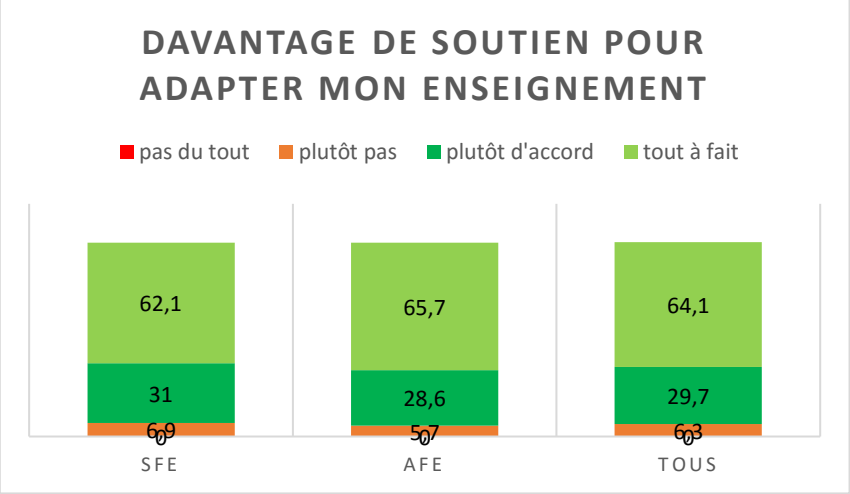


Figure 12d : Attentes en termes de soutien pour adapter son enseignement

Ces graphiques présentent les attentes des enseignants en termes de formations et d'informations concernant les enfants et adolescents avec un TSA (question 25), ainsi qu'en terme de soutien afin d'adapter leur enseignement (question 26).

Les enseignants des deux groupes déclarent souhaiter davantage de formations et d'informations. La proposition majoritairement choisie par les deux groupes est la réponse « tout à fait d'accord » (62,1% pour le groupe SFE et 68,6% pour le groupe AFE). 97,2% des participants du groupe SFE ont choisi « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord », contre 89,7% des participants du groupe AFE, et sont 10,3% à avoir choisi la proposition « plutôt pas d'accord ». Encore une fois, aucun participant n'a porté son choix sur la proposition « pas du tout d'accord ».

Les enseignants des deux groupes déclarent également souhaiter davantage de soutien afin de leur permettre d'adapter au mieux leur enseignement. 93,1% des enseignants du groupe SFE et 94,3% des enseignants du groupe AFE se disent « tout à fait » ou « plutôt » en accord avec cette affirmation. 6,3% des participants ont choisi de répondre « plutôt pas d'accord ». Encore une fois, aucun participant n'a porté son choix sur la proposition « pas du tout d'accord ».

Licence CC BY-NC-ND 3.0

6. Test des corrélations de Spearman avec le logiciel R

En statistique, une corrélation signifie que deux variables ne sont pas indépendantes et qu'il existe donc une notion de liaison.

Tableau 2 : Coefficients de corrélation

De 0 à 0.1	Lien inexistant ou très faible
De 0.1 à 0.3	Lien faible
De 0.3 à 0.5	Lien modéré
De 0.5 à 0.8	Lien important
De 0.8 à 1	Lien très fort

Une corrélation positive entre deux variables indique que les valeurs d'une variable tendent à augmenter lorsque celles de l'autre variable augmentent. Le coefficient de corrélation sera alors un résultat positif.

Une corrélation négative entre deux variables indique que les valeurs d'une variable tendent à augmenter lorsque celles de l'autre variable diminuent. Le coefficient de corrélation sera alors un résultat négatif.

Tableau 3 : Questions sélectionnées dans le cadre du test de corrélations

Q 18	Je me sens suffisamment formé et informé concernant les enfants et adolescents avec un TSA
Q 19	Je pense être en mesure d'adapter mon enseignement à un élève avec un TSA
Q 20	Accueillir un élève avec TSA en classe serait pour moi source d'anxiété
Q 21	J'appréhende les troubles du comportement des élèves avec TSA
Q 23	Je souhaite davantage de collaboration avec les orthophonistes
Q 24	Je souhaite davantage de collaboration avec les professionnels du secteur médico-social et paramédical
Q 25	Je souhaiterais davantage de formation et d'informations
Q 26	Je souhaiterais davantage de soutien afin d'adapter mon enseignement

Pour une question de pertinence, nous ne nous sommes intéressés qu'à certaines questions uniquement. Les corrélations (ou absences de corrélations) auxquelles nous nous intéressons ont été soulignées et colorées pour plus de lisibilité. Un coefficient inscrit en orange signifie qu'il n'existe pas de corrélation entre les deux variables. A l'inverse, un coefficient inscrit en vert signifie qu'il existe effectivement une corrélation.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 4 : Test de corrélations pour le groupe SFE

	Q 18	Q 19	Q 20	Q 21	Q 23	Q 24	Q 25	Q 26
Q 18	1	0.033	0.126	0.137	0.051	0.035	0.064	0.051
Q 19		1	-0.144	-0.268	0.153	0.106	-0.072	0.153
Q 20			1	0.611	0.111	0.281	0.261	0.111
Q 21				1	0.088	0.260	0.230	0.088
Q 23					1	0.694	0.801	0.088
Q 24						1	0.556	1
Q 25							1	0.801
Q 26								1

Concernant le groupe SFE, nous observons :

- aucune corrélation entre le ressenti concernant le niveau de formation et d'informations et le ressenti concernant les capacités à adapter son enseignement à un élève avec un TSA
- aucune corrélation entre le ressenti concernant le niveau de formation et d'informations et les attentes en termes de formations, d'informations, et de soutien afin d'adapter son enseignement
- aucune corrélation entre le ressenti concernant le niveau de formation et d'informations et le degré d'anxiété
- une corrélation positive entre le degré d'anxiété et les appréhensions concernant les troubles du comportement
- aucune corrélation entre le degré d'anxiété et les attentes en termes de formations, d'informations, et de soutien afin d'adapter son enseignement
- une corrélation positive entre le souhait de collaborer avec les orthophonistes et le souhait de collaboration avec les autres professionnels du secteur médico-social et paramédical
- une corrélation positive entre le souhait de collaborer avec les orthophonistes et le désir de bénéficier davantage d'informations et de formations
- une corrélation positive entre le souhait de collaborer avec les autres professionnels du secteur médico-social et paramédical et le désir de bénéficier davantage d'informations et de formations

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 5 : Test de corrélations pour le groupe AFE

	Q 18	Q 19	Q 20	Q 21	Q 23	Q 24	Q 25	Q8 26
Q 18	1	0.402	-0.076	-0.058	0.076	0.075	-0.56	-0.364
Q 19		1	0.191	0.372	0.273	0.111	0.07	0.111
Q 20			1	0.711	0.091	-0.021	-0.186	-0.268
Q 21				1	0.079	-0.035	0.148	-0.035
Q 23					1	0.764	0.798	0.191
Q 24						1	0.694	0.852
Q 25							1	0.696
Q 26								1

Concernant le groupe AFE, nous observons :

- une corrélation positive entre le ressenti concernant le niveau de formation et d'informations et le ressenti concernant les capacités à adapter son enseignement à un élève avec un TSA
- une corrélation négative entre le ressenti concernant le niveau de formation et d'informations et les attentes en termes de formations, d'informations, et de soutien afin d'adapter son enseignement (moins l'enseignant se sent formé et informé, plus il souhaite de formations, informations et soutien)
- aucune corrélation entre le ressenti concernant le niveau de formation et d'informations et le degré d'anxiété
- une corrélation positive entre le degré d'anxiété et les appréhensions concernant les troubles du comportement
- aucune corrélation entre le degré d'anxiété et les attentes en termes de formations, d'informations, et de soutien afin d'adapter son enseignement
- une corrélation positive entre le souhait de collaborer avec les orthophonistes et le souhait de collaboration avec les autres professionnels du secteur médico-social et paramédical
- une corrélation positive entre le souhait de collaborer avec les orthophonistes et le désir de bénéficier davantage d'informations et de formations
- une corrélation positive entre le souhait de collaborer avec les autres professionnels du secteur médico-social et paramédical et le désir de bénéficier davantage d'informations et de formations

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Discussion

1. Vérification des hypothèses et analyse des résultats

Nous commencerons par l'analyse des résultats permettant de véfirier les hypothèses secondaires, puis nous nos intéresserons aux données recuellies permettant ou non de valider l'hypothèse générale.

Hypothèse 2 : Une minorité d'enseignants a bénéficié d'une formation sur le TSA au cours de sa carrière

Parmi les enseignants ayant répondu au questionnaire, seuls 10,9% (7 personnes) d'entre eux ont déjà bénéficié d'une formation concernant le TSA au cours de leur carrière. Pourtant, une majorité d'entre eux, soit 53,1% (34 personnes) ont déjà accueilli un élève avec un TSA dans leur classe. Plusieurs enseignants ont fait part tout au long du questionnaire de leur manque de formation aux sujets du TSA, notamment lors des items d'évocation et de l'item concernant leurs ressentis face à l'inclusion scolaire de ces élèves (exemples : « nous ne sommes pas du tout formés », « les enseignants n'ont aucune formation »). Cela confirme que la formation des enseignants est insuffisante et que l'on peut constater un manque d'accompagnement adéquat (Paolini, 2017).

Hypothèse 3 : Les représentations des enseignants concernant les élèves avec un TSA sont centrées sur les symptômes faisant partie de la dyade autistique (des déficits de la communication et des interactions sociales, caractère restreint et répétitif des comportements**,** des intérêts ou des activités).

A l'item d'évocation, 87,5% des participants évoquent un mot ou plus concernant les déficits de la communication et des interactions sociales (« isolement », « difficultés de communication », « coupé du monde », « difficultés de sociabilisation »). Ces mots sont généralement cités en premier (43,2% du temps), ce qui nous laisse penser que ces troubles sont prégnants dans les représentations des enseignants. A l'inverse, le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités n'est cité que par 21,9% des participants (« répétition », « gestes répétitifs », « rituels »). Ces mots sont généralement cités aux rangs 4 ou 5 (58,6% du temps). Il semble donc que cet aspect de la dyade autistique soit moins connu. Les participants sont presque aussi nombreux (18,8%) à mentionner les troubles du comportement (« violent », « crises », « agressivité ») : comme nous l'avons vu plus haut, l'enseignant peut associer les enfants et adolescents avec un TSA aux violences, aux difficultés en tout genre, aux crises (Houillon et al, 2012). Les spécificités sensorielles, reconnues comme critère diagnostique depuis le DSM-5, ne sont citées que par une seule personne. Les enseignants sont également nombreux à citer les besoins particuliers des élèves avec un TSA (25%) ainsi que la fatigabilité et l'anxiété pouvant être générées par la scolarité (26,6%). Il est possible que l'intitulé du questionnaire, précisant que le thème abordé est l'inclusion scolaire des enfants et adolescents avec un TSA, et non pas le TSA de manière générale, ait partiellement orienté leurs réponses. Cette hypothèse ne peut donc être que partiellement validée : une majorité des enseignants a effectivement de nombreuses

Licence CC BY-NC-ND 3.0

représentations concernant les déficits de la communication et des interactions sociales, en revanche le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités semble moins ancré dans leurs esprits.

Hypothèse 4 : Les enseignants ayant déjà bénéficié d'une formation ou ayant déjà accueilli dans leur classe un élève avec un TSA possèdent des représentations plus axées sur la scolarité et les besoins particuliers des élèves avec un TSA

Au premier item d'évocation, les thèmes les plus souvent cités dans le groupe SFE sont les comportements particuliers et les troubles du comportement, des réactions pouvant surprendre et présenter un caractère anxiogène, ainsi que l'isolement, avec davantage de termes à connotation péjorative (exemples : isolé, repli sur soi). On constate davantage de réponses traduisant l'inquiétude et les difficultés pouvant être rencontrées du côté des enseignants (exemples : « comment gérer ? », « manque de temps », « compétence enseignant », « méconnaissance du trouble »). Les réponses proposées par ce groupe reflètent davantage leurs appréhensions et leurs difficultés à gérer cette situation et à s'adapter à l'élève. Comme nous l'avons mentionné, l'enseignant peut vivre la situation comme une menace car il se retrouve confronté à l'inconnu (Houillon et al, 2012). Le groupe AFE, quant à lui, fait davantage de références aux besoins particuliers de l'élève (exemples : « adaptation », « bienveillance », « attention particulière »), à leur potentielle souffrance (exemples : « angoissé », « inquiet », « fatigue », « confiance en soi », « anxiété », « souffrance »). Ils semblent plus conscients des difficultés que peuvent rencontrer ces élèves, ainsi que des conséquences psychologiques qu'elles peuvent avoir. Ils proposent de nombreux termes se référant aux difficultés relationnelles, sans toutefois les limiter à une situation d'isolement (exemples : « relations sociales », « relations sociales compliquées », « difficultés relationnelles »).
Au second item d'évocation, nous constatons que les réponses entre les deux groupes sont relativement similaires : tous deux évoquent de nombreux termes faisant référence aux difficultés de sociabilisation et aux difficultés d'expression. Néanmoins, le groupe AFE, de même que pour l'item d'évocation précédent, fait davantage référence à la fatigabilité ressentie par ces élèves (9 mots contre 3 mots) et sont les seuls à parler du caractère anxiogène de la situation scolaire. Encore une fois, ils semblent davantage conscients de la charge mentale que la situation scolaire peut représenter. A travers cet item nous constatons également que les difficultés de compréhension semblent moins connues que les difficultés d'expression, et cela dans les deux groupes. Nous pouvons supposer que cela est dû au fait que les difficultés d'expression sont des troubles manifestes, pouvant être constatés par les sens (visible en expression écrite, audibles en expression orale), alors que les troubles de compréhension ne sont pas directement perceptibles.
Nous constatons effectivement que les réponses données par les enseignants du groupe AFE font davantage référence aux besoins particuliers des élèves ayant un TSA, et nous pouvons également ajouter qu'ils mentionnent davantage les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés, notamment en termes d'anxiété et de fatigabilité.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Hypothèse 5 : Les enseignants ayant déjà bénéficié d'une formation ou ayant déjà accueilli dans leur classe un élève avec un TSA possèdent des savoirs plus nombreux et plus spécifiques

De manière générale, les enseignants du groupe AFE possèdent davantage de connaissances concernant les spécificités retrouvées chez les enfants et adolescents avec TSA. Ils répondent plus souvent par l'affirmation lorsqu'il leur est demandé d'indiquer s'ils connaissent un des troubles mentionnés, notamment concernant les troubles de la compréhension, les comportements particuliers, le trouble des habiletés sociales, les troubles des fonctions exécutives ainsi que l'hyperlexie. Nous avons relevé deux exceptions : tout d'abord, ils sont plus nombreux à déclarer ne pas avoir connaissance des troubles expressifs. Cependant, ils sont ensuite plus nombreux à répondre à la question suivante en proposant un exemple, et leurs réponses sont plus variées. Concernant les troubles expressifs, ils sont plus nombreux à citer la syntaxe et l'organisation du discours (34,2% contre 13,7%), l'intonation, le rythme, le débit et le volume (17,1% contre 6,8%). Seul le groupe AFE mentionne des difficultés à prendre en compte le contexte et la personne à laquelle ils s'adressent (14,2%) ainsi que les difficultés d'ordre lexical (2,9%). Ils sont également plus nombreux à déclarer ne pas connaître les particularités sensorielles (51,1% contre 37,5%). Néanmoins, comme pour les troubles expressifs, ils sont ensuite plus nombreux à pouvoir proposer un exemple (34,3% contre 24,1%). On retrouve dans le groupe SFE des réponses qui ne correspondent pas à la question posée et qui traduisent une méconnaissance de ces particularités : certaines personnes mentionnent notamment une « bonne intuition », ou encore des enfants « trop émotifs », ce qui n'est pas le cas dans le groupe AFE.
Concernant les troubles de la compréhension, le groupe SFE cite majoritairement les énoncés longs et les difficultés liées au langage écrit, ainsi que les adaptations possibles au niveau des supports écrits comme moyen de compenser les difficultés. Nous pouvons supposer qu'ils ont une idée plus globale des moyens pouvant être mis œuvre pour les élèves bénéficiant d'aménagements particuliers, notamment les élèves ayant une dyslexie, puisqu'il s'agit d'un trouble plus fréquent, davantage rencontré par les enseignants. Le groupe AFE cite des difficultés plus spécifiques aux élèves avec un TSA, notamment les énoncés comportant des consignes multiples, complexes, nécessitant des capacités d'abstraction ou encore une bonne compréhension des données implicites. Les moyens de compensation cités par le groupe AFE sont encore une fois plus spécifiques aux enfants avec un TSA : ils proposent plus fréquemment de reformuler les énoncés, d'utiliser des supports visuels, de scinder les consignes afin de faciliter la compréhension.
Lors des questions concernant les comportements particuliers, le groupe SFE cite majoritairement les comportements de repli, de violence et d'agressivité, des termes qui peuvent sembler négatifs et renvoyer à des situations anxiogènes, source de souffrance pour l'élève comme pour l'enseignant. Le groupe AFE mentionne majoritairement les comportements stéréotypés, que l'on retrouve dans la dyade autistique, et précise le caractère socialement inapproprié de ces comportements, ce qui rappelle le trouble social également mentionné dans la dyade autistique.
89,7% des participants du groupe SFE et 100% des participants du groupe AFE savent que les enfants avec un TSA présentent un trouble des habiletés sociales. Les précisions les plus données sont que ce trouble peut être la cause d'isolement (31% pour le groupe SFE, 42,9% pour le groupe AFE), et qu'il leur est difficile de s'adapter en fonction du contexte (17,2% pour le groupe SFE, 22,8% pour le groupe AFE). Il s'agit donc plus de conséquences de ce trouble. Peu de participants font référence à la théorie de l'esprit (3,4% pour le groupe SFE, 5,7% pour

Licence CC BY-NC-ND 3.0

le groupe AFE), aux regards et au gestes (0% pour le groupe SFE, 5,7% pour le groupe AFE), ainsi qu'à la difficulté à établir et maintenir le contact avec son interlocuteur (3,4 pour le groupe SFE, 8,5% pour le groupe AFE). La proportion d'enseignants à avoir connaissance de ce trouble et à pouvoir donner des exemples concrets est donc légèrement supérieure dans le groupe AFE.
Concernant les troubles des fonctions exécutives, les enseignants du groupe AFE citent fréquemment l'anxiété que peuvent générer ces troubles. Ils semblent plus sensibles à l'impact des troubles sur le bien-être de l'élève, et nous pouvons supposer qu'ils sont plus sensibilisés à cette problématique grâce à leur expérience.
Lors de la question à propos de l'hyperlexie, le groupe AFE cite plus souvent le décalage qu'il existe entre la compréhension et le déchiffrage (3,4% contre 8,6%). Nous pouvons noter qu'il ne s'agit pas de la caractéristique la plus citée : les enseignants mentionnent davantage la précocité (15,1%) et l'absence d'enseignement (9,4%).
Le groupe AFE possède davantage de savoirs ainsi que des savoirs plus précis et plus spécifiques aux enfants et adolescents avec un TSA, nous pouvons donc valider cette hypothèse. Cependant, nous constatons qu'ils subsistent des domaines moins connus, et ce dans les deux groupes. Les particularités sensorielles ainsi que l'hyperlexie sont méconnus par une proportion importante de la population que nous avons étudiée. Nous remarquons également que 15,6% de personnes déclarent ne pas avoir connaissance des troubles de la compréhension, ce qui représente une proportion non négligeable de l'ensemble des réponses. Les difficultés de compréhension orale sont également moins mentionnées. Certains troubles expressifs sont très peu cités, notamment les difficultés au niveau lexical, ainsi que les différents paramètres vocaux. Concernant le trouble des habiletés sociales, rares sont les enseignants à mentionner la théorie de l'esprit, les particularités au niveau des gestes et du regard, ainsi que les difficultés à établir et maintenir un contact. Les difficultés exécutives sont méconnues par 17,2% de notre population. Comme nous l'avons dit plus haut, la formation des enseignants est insuffisante et on constate un manque d'accompagnement adéquat (Paolini, 2017).

Hypothèse 6 : Les enseignants possèdent peu de connaissances concernant certaines particularités moins connues, notamment les particularités sensorielles ou encore l'hyperlexie

Les spécificités sensorielles sont peu connues par une majorité des participants. Seuls 51,6% des participants déclarent savoir que les personnes avec un TSA peuvent présenter des particularités sensorielles. L'hypersensibilité sensorielle est bien plus connue (25%) que l'hyposensorialité ou la recherche sensorielle (3,1%). Les particularités auditives sont les plus connues (18,8%), nous pouvons imaginer que cela peut être expliqué par le fait qu'il s'agit d'un trouble pouvant être constaté de l'extérieur car l'enfant peut manifester sa gêne auditive, notamment en posant ses mains sur ses oreilles afin de se couper des sons environnants. Il s'agit également d'une particularité pouvant être particulièrement handicapante dans le milieu scolaire, les stimuli auditifs étant omniprésents (bruits dans la cour, cris des élèves…). Les particularités olfactives et gustatives ne sont jamais citées et semblent donc être très peu connues. On retrouve également des contre-sens traduisant une méconnaissance de ces troubles (exemples : « élèves trop émotifs », « bonne intuition »).
L'hyperlexie est également une particularité peu connue, seuls 23,4% des enseignants déclarent avoir connaissance qu'elle peut être retrouvée chez les enfants avec un TSA. La précocité (15,1%) et l'absence d'enseignement (9,4%) sont les éléments les plus cités.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Néanmoins, rares sont les participants qui mentionnent le décalage entre les capacités de déchiffrage et les capacités de compréhension (5,7%). Cette méconnaissance pourrait avoir comme conséquence de masquer les difficultés de compréhension d'un élève capable de déchiffrer un texte correctement.

Hypothèse 7 : Les enseignants ne se sentent pas suffisamment formés et informés concernant les élèves avec un TSA, et ont des difficultés à adapter leur enseignement

A l'affirmation « je me sens suffisamment formé et informé concernant les enfants et adolescents avec TSA », une grande majorité du groupe SFE se déclare « pas du tout d'accord » (86,2%). Le groupe AFE semble avoir un ressenti moins négatif, ils sont 45,7% à se déclarer « pas du tout d'accord » et autant à se déclarer « plutôt pas d'accord ». Pourtant, lors de la question suivante, « je pense être en mesure d'adapter mon enseignement à un élève avec TSA », le groupe SFE répond plus souvent « plutôt d'accord » voire « tout à fait d'accord » (24,1%) que le groupe AFE (17,2%). Le test des corrélations de Spearman nous indique que pour le groupe SFE, il n'y a pas de corrélation entre le fait de se sentir suffisamment formé et informé, et le fait de penser être en mesure d'adapter son enseignement (0.033). Au contraire, pour le groupe AFE, une corrélation existe (0.402). Nous pouvons ici supposer que les enseignants du groupe AFE ont davantage conscience de la complexité de la situation et des difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés, ainsi que de l'importance d'avoir une bonne connaissance du TSA et des troubles pouvant être observés. Les réponses pour les deux groupes tendent tout de même vers des réponses négatives : 93,8% des enseignants ne se sentent pas suffisamment formés et informés, et 79,7% d'entre eux ne se jugent pas en mesure d'adapter leur enseignement. Nous pouvons donc valider cette hypothèse. Cela confirme ce que nous disions précédemment, les enseignants regrettent le manque d'information et de formation au sujet du TSA (Akoa et al, 2016).

Hypothèse 8 : Les enseignants ayant déjà bénéficié d'une formation ou ayant déjà accueilli dans leur classe un élève avec un TSA présentent un degré d'anxiété moins important et ont une représentation plus positive et moins inquiétante de l'inclusion scolaire

68,9% des enseignants du groupe SFE déclarent qu'accueillir un élève avec TSA dans leur classe serait une source d'anxiété, contre 47,5% des enseignants du groupe AFE. Il semble donc, comme nous l'avions supposé, que le groupe SFE ait un degré d'anxiété plus important. Le pourcentage de personnes se disant anxieuses face à cette situation reste néanmoins important dans les deux groupes. Les résultats concernant leur appréhension face aux troubles du comportement sont relativement similaires : encore une fois, le groupe SFE se déclare plus anxieux que le groupe AFE (65,5% contre 42,8%), cependant nous retrouvons un degré d'appréhension relativement important dans les deux groupes. Nous pouvons également noter, grâce au test des corrélations de Spearman, qu'il existe une forte corrélation entre le degré d'anxiété et l'appréhension face aux troubles du comportement (0.611 pour le groupe SFE, 0.711 pour le groupe AFE). Cela nous laisse supposer que le caractère anxiogène de la situation est probablement très lié à la crainte d'éventuels troubles du comportement. Il semble donc important de pouvoir aborder cette problématique, et de revenir sur les éléments pouvant les provoquer, ainsi que les adaptations à mettre en place afin de pouvoir les gérer.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

A la question « l'inclusion des élèves avec TSA me semble », les enseignants du groupe AFE sont moins nombreux à redouter un risque dans cette situation d'inclusion (8,5% contre 24,1%), et plus nombreux à estimer cette inclusion utile (57,1% contre 41,3%) ou nécessaire (25,7% contre 20,6%). Avoir une expérience semble être un facteur rassurant et semble également leur permettre de constater les aspects positifs que cette situation peut apporter. Certains enseignants du groupe AFE font référence aux progrès réalisés par leurs élèves (exemple : « bonne évolution », « progrès au cours de l'année »). Aucune personne ne considère l'inclusion des enfants avec un TSA comme impossible. Cette hypothèse peut donc être validée. 29,6% des participants (19 personnes) ont souhaité s'exprimer sur cette question en cochant la proposition « autre », laquelle leur permettait d'émettre leur avis avec leurs propres mots. Ils mentionnent le fait que cette inclusion n'est pas toujours une situation souhaitable, et que cela peut dépendre du degré du trouble présenté par l'enfant. Plusieurs rappellent qu'ils sont trop peu formés et qu'ils rencontrent des difficultés. Ils mettent également en avant le manque de moyens humains et d'aménagements adéquats afin que la situation d'inclusion puisse être mise en place de façon favorable.
Nous pouvons donc valider cette hypothèse : les enseignants du groupe AFE ont une représentation davantage positive et moins inquiétante de l'inclusion présentent un degré d'anxiété moins important, mais il est essentiel de préciser que cette anxiété est tout de même bien présente. Comme nous l'avions évoqué, pour les enseignants, accueillir un élève avec un TSA est souvent source de stress (Akoa et al, 2016).

Hypothèse 9 : Les enseignants souhaitent davantage de collaboration avec les professionnels du secteur médico-social et paramédical, notamment avec l'orthophoniste, et souhaitent qu'il leur soit proposé davantage de formations et d'informations, ainsi que de soutien afin d'adapter leur enseignement

93,1% des enseignants du groupe SFE et 100% des enseignants du groupe AFE se déclarent « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » face à l'affirmation « je souhaiterais davantage de collaboration avec les orthophonistes. 96,6% des enseignants du groupe SFE et 94,3% des enseignants du groupe AFE répondent par l'affirmative à l'item « je souhaiterais davantage de collaboration avec les professionnels du secteur médico-social et paramédical ». Nous pouvons donc affirmer qu'il s'agit d'un souhait qui concerne la majorité des personnes interrogées. Il existe une corrélation entre le souhait de collaboration avec les orthophonistes et le souhait de collaboration avec les autres professionnels : les personnes souhaitant davantage de collaboration avec les orthophonistes souhaitent également davantage de collaboration avec les autres professionnels du secteur médico-social et paramédical. Nous pouvons supposer que ces personnes désirent avoir une vision plus globale concernant le TSA, et désirent davantage d'informations concernant les différents troubles pouvant être retrouvés, notamment les troubles sociaux et communicationnels, langagiers, psychologiques, médicaux, moteurs, sensoriels…
Cependant, nous n'avons observé aucune corrélation entre le souhait de bénéficier davantage de collaboration avec les différents professionnels du secteur médico-social et paramédical et le degré d'anxiété (0.111 et 0.281 pour le groupe 1, 0.091 et -0.021 pour le groupe 2). En réalité, de nombreuses personnes avec un faible degré d'anxiété ont exprimé le souhait de mettre en place davantage de collaborations. Les personnes souhaitant davantage de collaboration représentent une proportion nettement plus élevée (96,9% et 95,3%) que les personnes anxieuses à l'idée d'accueillir dans leur classe un élève avec un TSA (56,3%).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Dans le groupe SFE, 89,7% des personnes souhaitent qu'il leur soit proposé davantage de formations et d'informations, et 93,1% d'entre elles souhaitent davantage de soutien afin d'adapter leur enseignement. Dans le groupe AFE, nous pouvons constater qu'ils sont légèrement plus nombreux : 97,1% des participants souhaitent davantage de formations et d'informations, et 94,3% d'entre eux souhaitent davantage de soutien afin d'adapter leur enseignement. Nous pouvons supposer que cela est dû au fait que les participants du groupe AFE sont davantage sensibilisés à cette problématique étant donné qu'ils y ont déjà été confrontés, soit par leur expérience concrète en accueillant un élève avec un TSA dans leur classe, soit en participant à une formation et en bénéficiant de savoirs théoriques. Nous pouvons également supposer qu'ils sont plus demandeurs de formation, d'information et de soutien, car ils semblent davantage conscients des enjeux et des difficultés possibles.

Encore une fois, les personnes souhaitant davantage de formation, d'information, ainsi que de soutien pour adapter leur enseignement représentent une proportion nettement plus élevée (93,7% pour chacune des deux questions) que les personnes anxieuses à l'idée d'accueillir dans leur classe un élève TSA (56,3%). Il n'existe donc pas de corrélation entre ces deux variables.

Nous pouvons également remarquer que pour le groupe SFE, il n'existe pas de corrélation entre le fait de se sentir suffisamment formé et informé et le souhait de bénéficier de plus de formation, d'information, et de soutien pour adapter son enseignement. Dans le groupe AFE, il existe une corrélation entre ces deux variables. En effet, dans le premier groupe, plusieurs personnes déclarent ne pas se sentir suffisamment formées et informées mais également ne pas souhaiter davantage de formation, informations et soutien. Nous pouvons supposer que cela est dû au fait que ces personnes n'ont jamais été confrontées à cette situation, et donc ne se sentent pour le moment pas concernées par cette problématique. A l'inverse, dans le groupe AFE, une seule personne déclare ne pas souhaiter davantage de formation, informations et soutien, mais elle déclare également se sentir suffisamment formée et informée concernant les enfants et adolescents avec un TSA.

Enfin, nous relevons une corrélation importante entre cette question et le souhait de mettre en place davantage de collaborations avec les orthophonistes (0.801 pour le groupe SFE, 0.798 pour le groupe AFE) et les autres professionnels du secteur médico-social et paramédical (0.556 pour le groupe SFE, 0.694 pour le groupe AFE), nous pouvons donc émettre l'hypothèse que des éléments d'informations ainsi que des formations proposées par ces professionnels, notamment l'orthophoniste, pourraient leur sembler judicieux et susciter leur intérêt. Nous pouvons donc valider cette hypothèse : les enseignants sont nombreux à souhaiter davantage de collaborations avec les orthophonistes ainsi que les autres professionnels du secteur médico-social et paramédical, et la majorité d'entre eux désirent bénéficier davantage de formations et informations dans le domaine du TSA.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Hypothèse générale (hypothèse 1)

Comme nous l'avons constaté, certains aspects du TSA sont peu connus des enseignants, notamment des troubles relevant de l'orthophonie. Il arrive que ces derniers aient entendu parler de certains troubles sans avoir de représentation précise et concrète des difficultés qu'elles engendrent ou des adaptations à mettre en place. Une grande majorité des enseignants interrogés déclare ne pas se sentir suffisamment formée ni informée. Les participants nous ont également fait part de leur souhait de bénéficier de plus de formations et d'information ainsi que de soutien pour adapter leur enseignement, mais aussi de leur désir de mettre en place davantage de collaboration avec le secteur paramédical et médico-social, notamment avec l'orthophoniste. Comme nous l'avons observé, ces deux attentes sont corrélées, ce qui nous permet d'émettre l'hypothèse qu'il serait pertinent que ces professionnels, dont l'orthophoniste, leur proposent d'assister à des formations afin de leur apporter certaines informations et connaissances dont ils auraient besoin. De plus, se sentir mieux formés pourrait diminuer le caractère anxiogène de la situation et leur prodiguer davantage d'assurance et de capacités d'adaptation.
Cette enquête permet aux orthophonistes d'avoir un aperçu plus précis des informations dont les enseignants peuvent manquer, et des difficultés auxquelles ils pourraient être confrontés, en particulier lorsqu'ils n'ont jamais eu l'expérience d'accueillir un élève avec un TSA ou lorsqu'ils n'ont jamais suivi de formation. Cela leur permet également de constater que les enseignants désirent être formés, informés, et qu'ils considèrent que plus de collaboration avec le milieu paramédical leur serait profitable. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, le décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste précise dans l'article 4 que l'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer et qu'il peut également participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels. L'inclusion scolaire des enfants avec un TSA est un thème actuel, il s'agit d'une des mesures phare du quatrième plan autisme, et nous supposons donc que les enseignants du milieu ordinaire se retrouveront de plus en plus fréquemment confrontés à cette situation. Nous émettons donc l'hypothèse qu'il pourrait être pertinent que les professionnels prenant en charge cette pathologie proposent des formations en collaboration, afin que ces situations d'inclusion se déroulent dans les meilleures conditions possibles.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2. Biais méthodologiques et limites de l'étude

Cette étude n'a pu réunir qu'un petit nombre de participants, à savoir 64 personnes. En effet, le questionnaire n'a pu être ouvert que durant une période de dix semaines, étant donné les contraintes temporelles. De plus, il est nécessaire de préciser que les participants à cette étude enseignent tous dans le département de la Haute-Vienne. Cette étude ne peut donc pas représenter l'ensemble de la population des enseignants, étant donné le faible nombre de participants ainsi que leur localisation géographique restreinte.

La participation étant proposée sur la base du volontariat, nous pouvons supposer que les personnes ayant accepté de répondre au questionnaire se sentent plus concernées par la question de l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA, ce qui peut représenter un biais. En effet, nous avons constaté un nombre important d'abandons de la part de personnes ayant ouvert le lien amenant au questionnaire. 33 personnes ont abandonné le questionnaire de façon immédiate, dès sa page de présentation : nous pouvons émettre l'hypothèse que le sujet traité présentait peu d'intérêt pour elles, que la description du questionnaire leur a semblé trop longue, ou encore qu'elles n'avaient pas suffisamment de temps à consacrer à la passation, le temps estimé étant annoncé de 5 à 10 minutes environ. Nous notons également 39 abandons en cours de saisie. 16 personnes ont abandonné à la page 2, intitulée « à propos de vous », nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elles ne souhaitaient pas entrer d'informations personnelles et qu'elles pouvaient avoir un doute concernant le caractère anonyme de leurs réponses.14 personnes ont abandonné à la page 3, dans laquelle nous retrouvons les deux items d'évocation. Nous supposons que ces questions étaient trop ouvertes, demandaient une réflexion trop importante, que les participants ont pu ressentir une certaine lassitude, ne pas souhaiter consacrer à ces questions un temps trop important et par conséquent abandonner. Enfin, 4 personnes ont abandonné le questionnaire lors des questions concernant leurs connaissances sur le TSA, 3 lors des questions concernant leurs attentes, et 2 lors de la dernière page, où il leur est proposé d'entrer un commentaire facultatif. Sans ces abandons, le nombre de réponses recueillies aurait pu être plus conséquent.

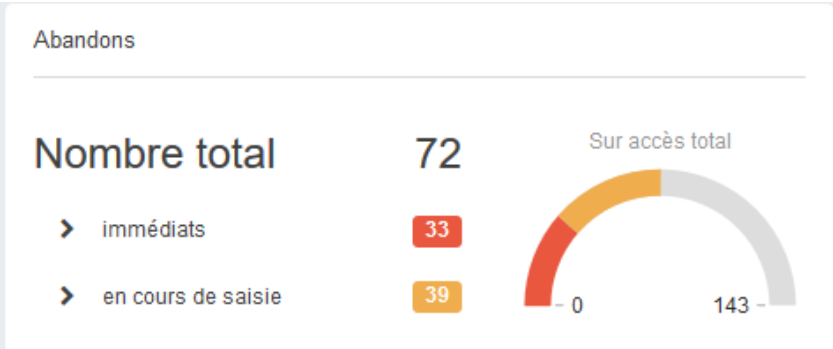


Figure 13 : Abandons en cours de questionnaire

L'outil utilisé étant un questionnaire en ligne, il n'était pas possible de vérifier que chaque question était effectivement comprise par les participants, il n'y avait pas la possibilité de leur proposer de feed-back suite à leurs réponses. Bien que nous ayons proposé un pré-test afin

Licence CC BY-NC-ND 3.0

de limiter ce biais, il est possible que certaines questions n'aient pas été comprises. Un des participants a précisé : « questionnaire un peu compliqué pour un novice ». Cela pourrait éventuellement expliquer les 4 abandons lors des questions concernant leurs connaissances sur le TSA.

Nous souhaitons également préciser qu'il existe une part de subjectivité dans l'analyse des résultats, notamment concernant les données qualitatives lors des items d'évocation. En effet, nous avons créé différentes catégories, pour ensuite classer les réponses obtenues. Une autre personne aurait certainement créé des catégories et classé les réponses des participants de façon légèrement différente. Ainsi, les résultats obtenus n'auraient pas été complétement similaires. Afin de limiter ce biais, nous aurions pu proposer à plusieurs personnes de procéder à cette analyse, afin de confronter les résultats obtenus par chacun. Cependant, les contraintes temporelles ne nous ont malheureusement pas permis d'effectuer ce travail supplémentaire.

Nous pouvons également imaginer qu'il existe une certaine subjectivité chez les participants à l'enquête, notamment lors de l'évaluation qu'ils font de leurs propres connaissances. Nous avons essayé de limiter ce biais en proposant ensuite, de façon systématique, une question plus ouverte afin d'obtenir des données plus concrètes et plus précises concernant les connaissances qu'ils possèdent.

Nous nous posons également la question de la pertinence des deux groupes d'enseignants que nous avons proposés. Nous avons organisé notre classement en regroupant les enseignants ayant déjà eu une formation sur le TSA et enseignants ayant déjà accueilli un élève avec un TSA. Cela n'était peut-être pas judicieux, étant donné que ces personnes ne possèdent pas les mêmes ressources : certaines n'ont pas de formation mais ont une expérience concrète, d'autres n'ont pas d'expérience concrète mais possèdent des apports théoriques. Néanmoins, nous étions dans la nécessité de regrouper ces deux catégories, étant donné le peu de sujets ayant eu accès à une formation au cours de leur carrière. Les deux profils sont différents, mais ils ont en commun le fait d'avoir été confronté à la question du TSA, en assistant à une formation ou en accueillant un élève présentant ce trouble.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3. Perspectives

Nous pourrions proposer un questionnaire à plus grande échelle afin que les résultats soient représentatifs de la population. En effet, les 64 réponses recueillies ne sont pas suffisantes et ne nous permettent pas de réellement valider les hypothèses que nous avons émises au cours de cette étude. L'étude pourrait également être étendue à d'autres départements.

Il serait envisageable de proposer un nouveau questionnaire aux enseignants, afin de préciser les domaines qu'ils souhaiteraient voir aborder afin de les approfondir, mais aussi pour préciser le support que pourrait prendre cette source d'information. Il pourrait leur être demandé s'ils souhaiteraient la création d'un livret d'informations conçu spécifiquement pour eux, ou encore une formation courte au cours de laquelle ils pourraient échanger de vive voix avec les différents professionnels présents, leur faire part de leurs ressentis et de leurs propres difficultés, ainsi que des situations concrètes auxquelles ils ont pu être confrontés. Tout cela devrait bien entendu se dérouler dans le respect du secret professionnel, en préservant l'anonymat de chacun.

A la suite de cela, il semblerait pertinent d'évaluer l'impact de l'information reçue, en leur proposant d'évaluer leurs ressentis avant et après la formation, ainsi que par le biais d'un questionnaire de satisfaction. Cela pourrait permettre aux formateurs d'améliorer le contenu proposé afin de s'adapter au mieux au besoin des enseignants.

Cela pourrait également être proposé aux enseignants en classes de maternelle et de primaire, aux enseignants spécialisés, mais aussi aux Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap (AESH), qui jouent un rôle majeur dans l'accompagnement de l'élève, notamment en optimisant son autonomie, en l'accompagnant lors des activités pédagogiques, ainsi qu'en facilitant sa participation aux activités collectives. En effet, les AESH revendiquent leur droit à une reconnaissance professionnelle ainsi qu'à une véritable formation professionnelle.

Nous avons bien entendu conscience que tout cela semblerait difficile à mettre en place, car cela demanderait à chacun d'y consacrer un temps non négligeable. Il s'agirait pour les professionnels de santé d'élaborer et de dispenser ces formations, et pour les enseignants de trouver suffisamment de temps pour se former.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Conclusion

Au cours de cette étude, nous nous sommes intéressés aux représentations et connaissances des enseignants concernant le TSA, ainsi qu'à leurs ressentis et leurs attentes en termes de collaborations, informations et formations dans le cadre de l'inclusion scolaire des élèves porteurs de ce trouble. Nous leur avons donc diffusé un questionnaire en ligne, dans différents collèges et lycées du département Haute-Vienne, et avons obtenu les réponses de 64 participants.

Il a été mis en lumière que certains aspects du TSA sont peu connus des enseignants, notamment des troubles relevant de l'orthophonie. Nous avons également observé un degré d'anxiété relativement important. Ces deux éléments ont été particulièrement constatés chez les enseignants n'ayant jamais bénéficié de formation ou n'ayant jamais accueilli d'élève avec un TSA en classe. Cette étude révèle également que les enseignants ne se sentent pas assez formés et informés, et se sentent peu en mesure d'adapter leur enseignement à un élève avec un TSA. Enfin, nous avons constaté qu'ils manifestent un intérêt évident concernant la mise en place de collaborations avec différents professionnels des secteurs paramédicaux et médico-sociaux, notamment l'orthophoniste, et qu'ils sont effectivement demandeurs d'informations, de formations, ainsi que de soutien afin d'adapter leur enseignement. Ces données étant corrélées, nous avons supposé que des éléments d'informations ainsi que des formations proposées par ces professionnels, notamment l'orthophoniste, pourraient leur sembler judicieux et susciter leur intérêt.

En termes d'apports professionnels, cette étude est marquée par la volonté de permettre aux orthophonistes, mais aussi autres professionnels des secteurs médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, de mieux appréhender les difficultés auxquelles les enseignants peuvent être confrontés, les manques qu'ils peuvent ressentir en termes de connaissances au sujet du TSA, ainsi que de constater la demande importante dont ils font part en terme de collaboration avec ces différents professionnels, mais aussi en termes d'informations et de formations supplémentaires, dont ils considèrent avoir réellement besoin et qu'ils jugent pour la plupart très insuffisantes à l'heure actuelle.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Références bibliographiques

Abric, J-C. (1996) Psychologie de la communication : théories et méthodes. Editions Dunod.

Académie de Limoges (2017) La scolarisation des élèves en situation de handicap.

Akoa, N., Houillon, J-C. (2016) Approche des représentations sociales des enseignants du milieu ordinaire et du milieu spécialisé scolarisant des élèves avec autisme. ANAE, (140), 117-132

Ameisen, J. et al (2012) Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme. Avis n°102. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la Santé

Aubineau, M., Blicharska, T. Kalubi, J-C. (2018) Perception de soi et des relations d'amitié des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme intégrés au secondaire ordinaire. Regards d'élèves, en France et au Québec. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (66 ; 2) 90-102

Bemben, L. (2014) L'autisme, aspects descriptifs et historiques. Psymas, 2-9

Bernard Paulais, M-A., et al (2018) Étude de l'évolution cognitive, socio-émotionnelle et des comportements autistiques d'enfants avec autisme et autre trouble envahissant du développement bénéficiant d'une intervention structurée, la méthode Applied Behavior Analysis (ABA). Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.

Bertoux, M. (2014). Cognition sociale. EMC Neurologie.

Blanc, R. et al (2013) La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. (61 ; 5) 288-294

Caldani, S., Le Normand, M., Blanc, R., Adrien, J. (2016) Compétences narratives, évaluatives et linguistiques atypiques chez des locuteurs présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). ANAE, (144), 539-546

Cappe, E., Wolff, M., Bobet,R., Adrien, J-L. (2012) Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger : effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant. L'évolution psychiatrique. (77) 181–199

Caucal, D., Brunod, R. (2010) Les aspects moteurs et sensoriels de l'autisme. AFD

Cohen, D. (2012) Controverses actuelles dans le champ de l'autisme. Annales Médico-Psychologiques (170), 517-525

Courtois-du-passage, N., Galloux, A. (2004). Langage oral et bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme. Glossa, (88), 46-61

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Cuny, F. (2009) Groupe de communication et d'habiletés sociales pour jeunes enfants autistes. Contraste (30) 133-147

De Bildt, A., Serra, M., Luteijn, E. (2005) Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism**.** J Intellect Disabil Res (49) 317-328

Deman, I. (2015) Accompagner un élève avec PPS ou PPRE : concrètement, que faire ? Tom Pousse

Demily, C. et al (2016) Apports de la génétique au diagnostic des troubles du spectre autistique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (volume 64, issue 6). 395-401

Dionisi, J. (2013) Le progreamme TEACCH : des principes à la pratique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (61 ; 4) 236-242

Dossier de presse Autisme 2005-2006. Nouveau regard, nouvelle implusion

Dossier de Presse Autisme 2018 Autisme, changeons la donne !

Duverger, H. et al (2007) Syndrome d'Asperger et théorie de l'esprit. L'Encéphale (33 ; 4) 592-597

Duverger, H., Da Fonseca, D., Bailly, D., Deruelle, C. (2007) Syndrome d'Asperger et théorie de l'esprit. *L'Encéphale*, (33), 592-597

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (2017) Master 1 MEEF Mention Professeur des écoles : contenus et modalités. Université de Limoges

Eigsti, I-M., et *al* (*2011*). *Language* acquisition in autism spectrum disorders : a developmental review. Research in Autism Spectrum Disorders (5), 681-691

Frith, U. (1994) Autism : beyond « theory of mind ». Cognition. (50 ; 1-3) 115-132

Halinen, I. et al (2008) Vers une éducation pour l'inclusion : le cas de la Finlande. Perspectives, Volume 38, numéro 1.

Hallmayer, J-S. et al (2011) Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry (68), 1095-1102

Hargrove, P. (1997). Prosodic aspect of language impairment in children. Topics in Language Disorders (17), 76-83

HAS (2010). Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED). Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale

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

Hochmann, J. (2017). De l'autisme de Kanner au spectre autistique. *Perspectives Psy,* (56), 11-18

Laxer, G. (2001) Autisme : les troubles du nourrissement. Glossa. (77) 42-49

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Liratni, M. et al (2016) Evolution symptomatologique et adaptatives de 7 enfants avec trouble du spectre autistique sans retard mental après 30 séances de groupe d'entraînement aux habiletés sociales. Pratiques Psychologiques. (22 ; 2) 177-189

Magerotte, G. (2012) Les défis de la scolarisation des élèves et étudiants avec autisme. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation (60), 88-99

Maraquin, C. (2017) Comment être aesh ? Vie Sociale et traitement, Volume 3, numéro 135, pages 66-72

Mauuary-Maetz, D. (2017) De la chance d'avoir un élève autiste en classe. ANAE (150), 555-561

McCann, J., Peppe, S. (2003). Prosody in autism spectrum disorders: a critical review. International Journal of Language and Communication Disorders. (38), 325-350

Nadon, G. (2011) Problèmes alimentaires et troubles du spectre de l'autisme. Le bulletin de l'Arapi. (27), 6-14

OMS (2017) Troubles du spectre autistique

Ostrolenk, A., Forgeot d'Arc, B., Jelenic, P., Samson, F., & Mottron, L. (2017). Hyperlexia : Systematic review, neurocognitive modelling, and outcome. Neuroscience & Biobehavioral Reviews (79), 134–149

Pace, M. et al (2016) Evaluation des capacités motrices d'enfants autistes sur le M-ABC. Science & Sport (31 ; 6) 336-341

Paolini, O. (2017) Coopérer pour rendre l'école plus inclusive. ANAE (150), 541-553

Perret, M., Belrose, J., Pougnard, E. (2014). Compréhension verbale et habiletés motrices chez neuf patients atteints d'autisme. Glossa (115), 40-55

Philip, C. (2012) Scolarisation des élèves avec autisme en France ?: trente ans d'histoire…La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation (60), 45-58

Philip, C. (2017) Qu'en est-il de la scolarisation pour les élèves autistes en France ? ANAE (150), 531-540

Philip, C., Garnier, P. (2017) Les Unités d'enseignement externes (UEE) : un pas vers l'inclusion ? ANAE, (150), 563-573

Philip, C., Magerotte, G., Adrien, J-L. (2012) Prologue. Scolariser des élèves avec autisme et TED : vers l'inclusion… 9-16

Plan Autisme 2008-2010, Construire une nouvelle étape de la politique des troubles envahissants du développement et en particulier de l'autisme

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Poirier, N. et al (2016) Les dispositifs scolaires québécois et français offerts aux élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme**.** Bulletin de psychologie 2016/4 (Numéro 544), pages 267 à 278

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

Rey, V., Tardif, C., Thomas, K., Vol, S., Delahaie, M., Massion, J. (2002). Étude exploratoire des capacités phonologiques chez les enfants présentant un déficit de langage. Approches et remédiations des dysphasies et dyslexies, 149-168

Roux, S. (2016). Le cervelet : des troubles moteurs à l'autisme. Revue de Neuropsychologie (8) 182-191

Schroder, C-M. et al (2015) Le modèle de Denver (Early Start Denver Model). Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (63 ; 5) 279-287

Sellès, H. et al (2017) Diversité des effets de l'entraînement aux habiletés sociales sur la reconnaissance des émotions chez les enfants atteints de TSA. Enfance. (4) 599-605

Soussana, M., Sunyer, B. Pry, R. Baghdadli, A. (2012). Troubles anxieux dans les troubles envahissants du développement sans retard mental : état des lieux chez les enfants et les adolescents au travers d'une revue de la littérature. *L'encéphale*, (38), 16-24

Stanciu, R., Delvenne, V. (2016) Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique. Elsevier-Masson, (64), 155-162

Tanet-Mory, I. (2002) Le travail de l'orthophoniste auprès de jeunes enfants autistes. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. (50 ; 2) 128-131

Thommen, E., Bulgarelli, D., Cattelan, C., Di Fulvio, A., Foudon, N., Molina, P., Rossini, E., Rudelli, N., Salomone, E. (2016) L'évolution de la cognition sociale chez les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme : approche développementale mixte. ANAE, (144), 528-546

Troisième Plan Autisme 2013-2017

Urben, S. (2016) L'oralité : une porte d'entrée dans le monde de l'autisme. Les troubles du comportement alimentaire au regard de la problématique autistique. Elsevier Masson, (64), 383-394

V. Rey, C. Tardif, K. Thomas, S. Vol, M. Bondil (2002). Autisme et troubles du langage : étude exploratoire des capacités phonologiques. Approches et remédiations des dysphasies et dyslexies. Solal

Valeri, G. (2009) Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement. Développements. (1) 34-48

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Volden J., Lord C. (1991) Neologisms and idiosyncrastic language in autistic speakers. Journal of Autism and Developmental Disorders, (21) 109-130

Zorn, S., Puustinen, M. (2017) Le profil adaptatif des collégiens avec un trouble du spectre de l'autisme : le lien avec le niveau et le parcours scolaires. ANAE (150), 575-582

Licence CC BY-NC-ND 3.0

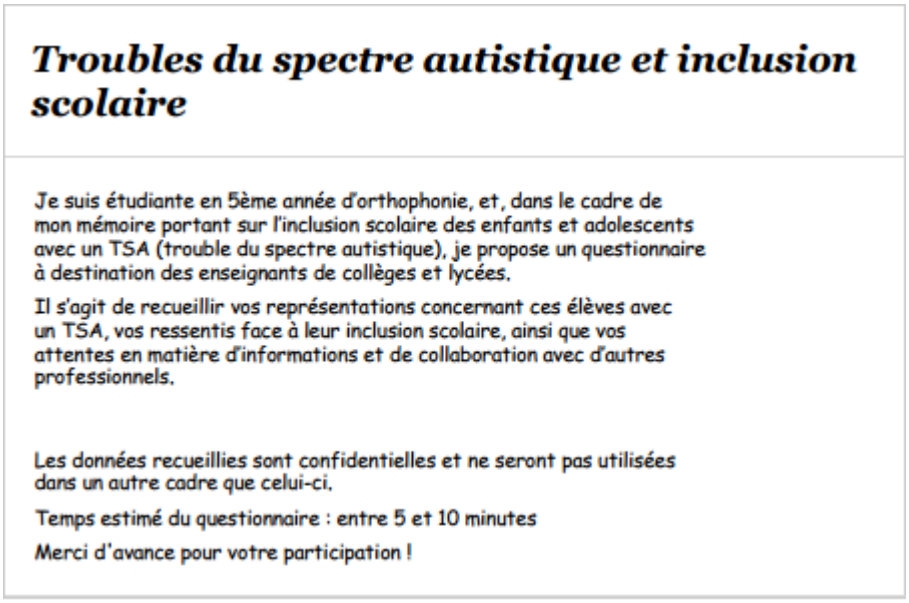
Annexes

Annexe I. Questionnaire à destination des enseignants 76
Annexe I.I. Page 1 : page de présentation 76
Annexe I.II. Page 2 : données épidémiologiques 77
Annexe I.III. Page 3 : représentations 77
Annexe I.IV. Page 4 : connaissances 78
Annexe I.V. Page 5 : ressentis 80
Annexe I.VI. Page 6 : attentes 81
Annexe I.VII. Page 7 : commentaires 81

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe I. Questionnaire à destination des enseignants

Annexe I.I. Page 1 : page de présentation



Troubles du spectre autistique et inclusion scolaire

Je suis étudiante en 5ème année d'orthophonie, et, dans le cadre de mon mémoire portant sur l'inclusion scolaire des enfants et adolescents avec un TSA (trouble du spectre autistique), je propose un questionnaire à destination des enseignants de collèges et lycées.

Il s'agit de recueillir vos représentations concernant ces élèves avec un TSA, vos ressentis face à leur inclusion scolaire, ainsi que vos attentes en matière d'informations et de collaboration avec d'autres professionnels.

Les données recueillies sont confidentielles et ne seront pas utilisées dans un autre cadre que celui-ci.

Temps estimé du questionnaire : entre 5 et 10 minutes

Merci d'avance pour votre participation !

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe I.II. Page 2 : données épidémiologiques

A propos de vous

Sexe
- ○ Homme
- ○ Femme

Age

Département d'exercice

Années d'ancienneté

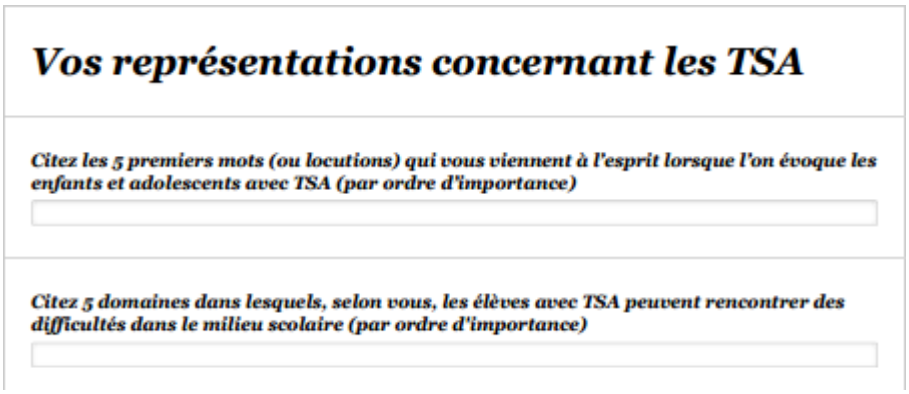
Lieu d'exercice
- ○ Collège
- ○ Lycée général et technologique
- ○ Lycée professionnel

Matière enseignée

Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs formation(s) concernant les enfants et adolescents avec TSA (trouble du spectre autistique)
- ○ Oui
- ○ Non

Avez-vous déjà accueilli un élève avec TSA (trouble du spectre autistique) dans votre classe ?
- ○ Oui
- ○ Non

Annexe I.III. Page 3 : représentations



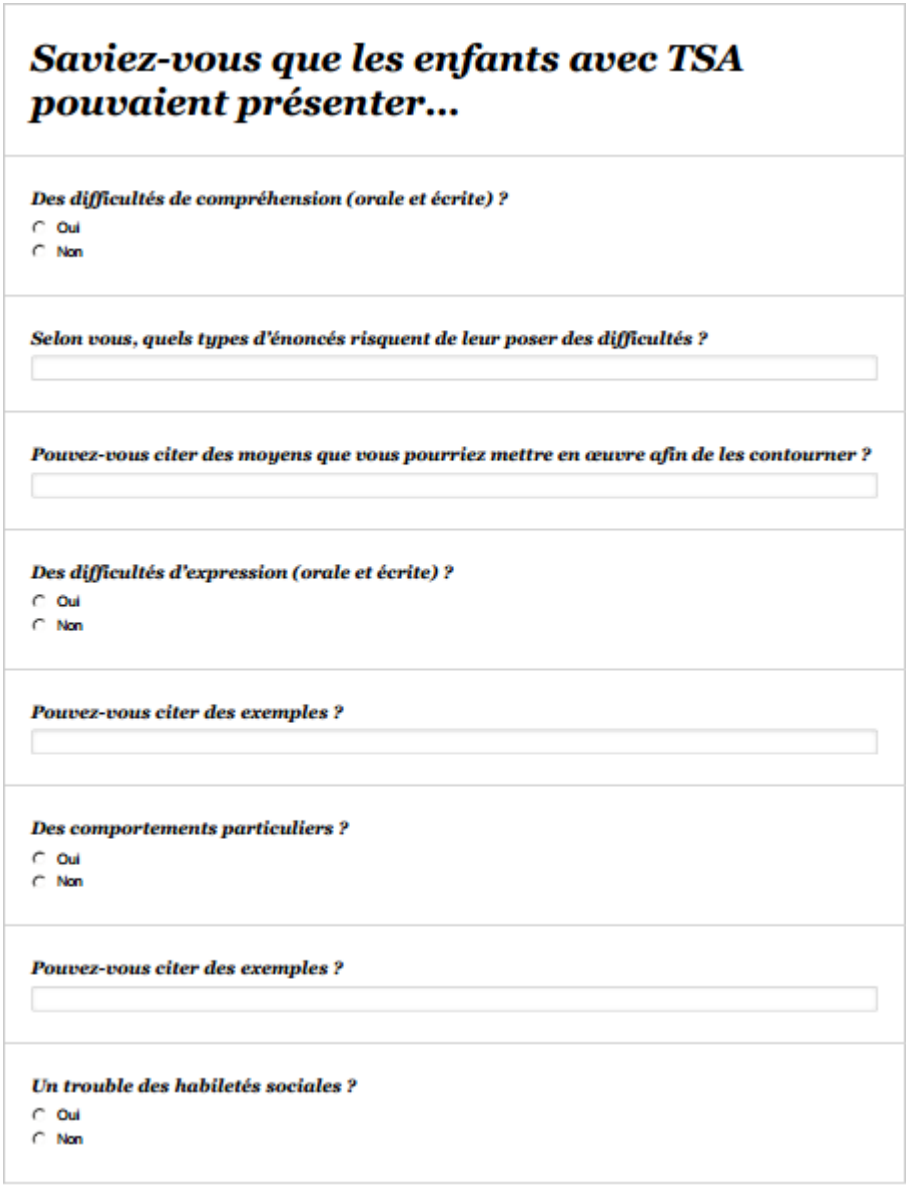
Vos représentations concernant les TSA

Citez les 5 premiers mots (ou locutions) qui vous viennent à l'esprit lorsque l'on évoque les enfants et adolescents avec TSA (par ordre d'importance)

Citez 5 domaines dans lesquels, selon vous, les élèves avec TSA peuvent rencontrer des difficultés dans le milieu scolaire (par ordre d'importance)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe I.IV. Page 4 : connaissances



Saviez-vous que les enfants avec TSA pouvaient présenter…

Des difficultés de compréhension (orale et écrite) ?

- Oui
- Non

Selon vous, quels types d'énoncés risquent de leur poser des difficultés ?

Pouvez-vous citer des moyens que vous pourriez mettre en œuvre afin de les contourner ?

Des difficultés d'expression (orale et écrite) ?

- Oui
- Non

Pouvez-vous citer des exemples ?

Des comportements particuliers ?

- Oui
- Non

Pouvez-vous citer des exemples ?

Un trouble des habiletés sociales ?

- Oui
- Non

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Comment cela peut-il se traduire ?

Des difficultés concernant les fonctions exécutives ? (planification, flexibilité…)

- Oui
- Non

Comment cela peut-il se traduire ?

Des particularités sensorielles ?

- Oui
- Non

Pouvez-vous citer celles que vous connaissez ?

Une hyperlexie ?

- Oui
- Non

Pouvez-vous définir brièvement le terme ?

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe I.V. Page 5 : ressentis

Vos ressentis

Je me sens suffisamment formé(e) et informé(e) concernant les enfants et adolescents avec TSA

- ○ Pas d'accord du tout
- ○ Plutôt pas d'accord
- ○ Plutôt d'accord
- ○ Tout à fait d'accord

Je pense être en mesure d'adapter mon enseignement à un élève avec TSA

- ○ Pas d'accord du tout
- ○ Plutôt pas d'accord
- ○ Plutôt d'accord
- ○ Tout à fait d'accord

Accueillir un élève avec TSA en classe serait pour moi source d'anxiété

- ○ Pas d'accord du tout
- ○ Plutôt pas d'accord
- ○ Plutôt d'accord
- ○ Tout à fait d'accord

J'appréhende les troubles du comportement des élèves avec TSA

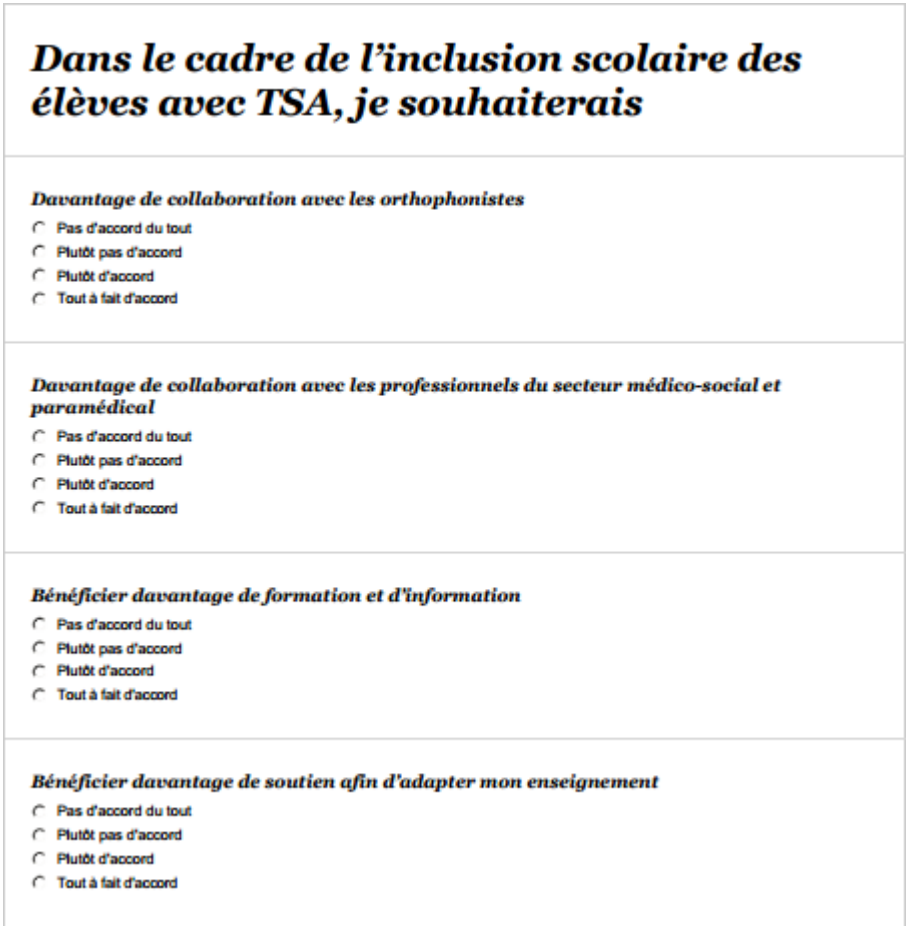
- ○ Pas d'accord du tout
- ○ Plutôt pas d'accord
- ○ Plutôt d'accord
- ○ Tout à fait d'accord

L'inclusion scolaire des élèves avec TSA me semble

- ☐ Nécessaire
- ☐ Utile
- ☐ Difficilement réalisable
- ☐ Risquée
- ☐ Impossible
- ☐ Autre

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe I.VI. Page 6 : attentes



Dans le cadre de l'inclusion scolaire des élèves avec TSA, je souhaiterais

Davantage de collaboration avec les orthophonistes

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Davantage de collaboration avec les professionnels du secteur médico-social et paramédical

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

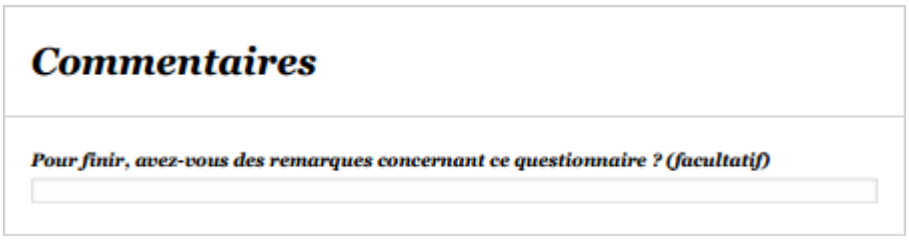
Bénéficier davantage de formation et d'information

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Bénéficier davantage de soutien afin d'adapter mon enseignement

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Annexe I.VII. Page 7 : commentaires



Commentaires

Pour finir, avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ? (facultatif)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Inclusion scolaire des élèves avec un Trouble du Spectre Autistique : représentations, ressources, ressentis et attentes des enseignants du cycle secondaire

Le Trouble du Spectre Autistique est une pathologie fréquente, entraînant des troubles variés, notamment en termes de communication et d'interactions sociales, des comportements et intérêts restreints et répétitifs. Ces troubles ont un impact sur la vie des enfants avec un TSA, notamment sur leur scolarité. Actuellement, peu d'enfants avec un TSA sont scolarisés en milieu ordinaire, malgré les textes incitatifs. L'inclusion scolaire des enfants avec un TSA est une mesure phare du Quatrième Plan Autisme. De nombreux avantages ont été démontrés en termes de résultats scolaires, autonomie, comportement et adaptation sociale. Néanmoins, des études démontrent qu'il s'agit d'une situation anxiogène pour les enseignants, souvent trop peu formés. L'orthophoniste joue un rôle fondamental dans la prise en charge de ces enfants et peut participer à former différents professionnels, nous nous sommes donc demandé s'ils pouvaient participer à la diffusion d'informations et à la formation auprès des enseignants. Notre étude présente le questionnaire élaboré afin de recueillir leurs représentations, connaissances, ressentis et attentes concernant l'inclusion des élèves avec un TSA, et expose les réponses de soixante-quatre enseignants. Les résultats montrent que certaines particularités des enfants avec un TSA sont peu connues des enseignants, qu'ils ne se sentent pas suffisamment formés ni informés, peu en mesure d'adapter leur enseignement, qu'ils souhaitent davantage de formation, informations, et collaborations avec les orthophonistes et les autres professionnels des secteurs médico-social et paramédical. Des livrets d'informations et des formations adaptées à leurs besoins pourraient donc leur être proposés, ainsi qu'à d'autres professionnels, notamment les AESH, qui jouent un rôle majeur auprès des élèves ayant un TSA.

Mots-clés : Trouble du Spectre Autistique, inclusion scolaire, enseignants, représentations, ressources, ressentis, attentes

Inclusive education for pupils with Autistic Spectrum Disorders : secondary school teachers' representations, knowledge, feelings and expectations

Autistic Spectrum Disorders are a common pathology, resulting in a variety of disorders, including communication and social interactions, restricted and repetitive behaviors and interests. These disorders have an impact on children with ASD's lifes, especially on their schooling. Currently, few children with ASD benefit from mainstream education, despite incentives. Inclusive education for children with ASD is a flagship measure of the Fourth Autism Plan. Many benefits have been demonstrated in terms of academic achievement, autonomy, behavior and social adjustment. Nevertheless, studies have shown that it is a worrying situation for teachers, who are often too poorly trained. Speech-language pathologists have a fundamental role in caring for these children and can help train different professionals, so we wondered if they could participate in the dissemination of information and training for teachers. Our study presents the survey developed to collect their representations, knowledge, feelings and expectations regarding students with an ASD's inclusion, and presents sixty-four teachers' responses. The results show that some children with ASD's peculiarities are sparsely understood by teachers, that they do not feel adequately trained or informed, that they are notable to adapt their teaching, that they want more training, information, and collaborations with speech therapists and other professionals in the medical social and paramedical fields. Information booklets and training adapted to their needs could therefore be offered to them, as well as to other professionals, in particular the auxiliary aids, who play a major role with students with ASD.

Keywords : Autistic Spectrum Disorders, inclusive education, teachers, representations, knowledge, feelings, expectations