

MASTER	
METIERS DE L'ÉDUCATION , DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA FORMATION	
Mention	Parcours
Pratique et Ingénierie de la Formation	CDAE
Site de formation :	INSPE Rodez

MEMOIRE

**Travail multi-professionnel et aménagements pédagogiques :
Appui d'une équipe médico-sociale au Pôle Ressource de l'Education Nationale**

Bruno VIARGUES

Directrice de mémoire Pascale AGUIRRE	Co-directeur-trice de mémoire
Membres du jury de soutenance :	
- Pascale AGUIRRE, Formatrice INSPE, - Jamila HATTOUTI, MCF Psychologie.	
Soutenu le 30 Septembre 2020	

Année universitaire 2019/2020

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Mme Pascale AGUIRRE, formatrice à l'INSPE. En tant que directrice de mémoire, elle m'a guidé dans mon travail, a su m'apporter des conseils avisés et me relancer quand cela s'avérait nécessaire.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers Laurent qui m'a apporté son soutien et plus encore son engagement tout au long de la mise en place de ce protocole expérimental au service des enfants et des familles.

Je remercie aussi les équipes du CMPP de la circonscription pour leur collaboration et leur aide dans la mise en œuvre de ce dispositif.

Un grand merci aux enseignants et aux équipes pédagogiques pour nos nombreux échanges et leur participation active à ce projet.

Je tiens également à vivement remercier les parents d'enfants « extraordinaires » d'avoir pris le temps d'échanger et de répondre aux questions posées.

Je dédie ce travail à mon épouse pour sa patience, son soutien inconditionnel et son amour.

Plan	
Introduction	P. 3
I- Inclusion	P. 5
II - Travail Interprofessionnel	P. 8
- Clarification terminologique	P. 9
- Conditions de mise en œuvre	P.10
- Obstacles à la mise en œuvre	P.12
III- Importance du repérage précoce et des adaptations pédagogiques	P.14
- Parcours de soins et repérage précoce	P.14
- Adaptations pédagogiques	P.18
IV Problématique	P.21
V Hypothèses formulées	P.21
VI Méthodes	P.22
VII Protocole expérimental	P.23
- Présentation du dispositif Pôle Ressource	P.24
- Protocole de recueil des données	P.25
VIII Résultats	P.27
IX Discussion	P.40
- Interprétation des résultats	P.40
- Limites de cette étude	P.42
Conclusion	P.43
Bibliographie	P.44
Annexe n°1 : TSLA, pyramide des profils de situation	P.46
Annexe n°2 : Vue d'ensemble du parcours	P.47
Annexe n°3 : Quel plan pour qui ?	P.48
Annexe n°4 : Typologie des gestes d'aide	P.49
Annexe n°5 : Composition du pôle ressource	P.51
Annexe n°6 : Procédure du pôle ressource	P.52
Annexe n°7 : Questionnaire enseignant	P.53
Annexe n°8 : Questionnaire parents et professionnels du pôle ressource	P.59

Introduction

Dans mon parcours d'enseignant spécialisé et dans mes fonctions actuelles au sein d'un Centre Médico Psychopédagogique, la problématique de l'inclusion est première. D'ailleurs, dans la circulaire (Annexe XXXII de 1963) qui cadre fonctionnement et objectifs du CMPP, il est clairement indiqué « Les CMPP ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social. ». Près de 60 ans après cette circulaire, c'est bien la problématique de l'aide qui reste originelle malgré les changements de concepts successifs. Parmi la File Active du CMPP, soit environ 1800 jeunes de 0 à 20 ans par an, la grande majorité des enfants, soit environ 75 % présentent un trouble des apprentissages.

« Les enfants Dys sont des enfants intelligents [...]. Leur capacité d'apprendre est différente, leur volonté d'apprendre est identique ». (Revol, 2000). Les troubles Dys se manifestent, en effet, chez des enfants d'intelligence normale, en entravant les apprentissages scolaires puis en se prolongeant à l'âge adulte, pouvant ainsi parasiter vie familiale, sociale, scolaire puis professionnelle. Nous parlons, en France, de troubles Dys ou de troubles spécifiques des apprentissages, lorsque nous évoquons la dyslexie ou Troubles Spécifiques du Langage Ecrit (TSLE), la dyscalculie, ... Il s'agit en fait de troubles neuro-développementaux plus fréquemment associés que présents de manière isolée. Habib (2014) parle de constellation des Dys. Il est en effet considéré que ces troubles sont associés dans 40% des cas. Les formes les plus sévères de ces troubles, du fait de l'intensité du trouble et ou de la présence de comorbidité, peuvent aboutir à une situation de handicap ou du moins une reconnaissance de situation de handicap.

Les TSLE, dyslexie associée ou non à une dysorthographe sont souvent considérés comme invalidant dans les apprentissages scolaires, comme la dyscalculie touchant le domaine mathématique. Les études internationales montrent que, pour l'ensemble des troubles, 8% des enfants par classe d'âge seraient concernés.

Depuis 15 ans, des progrès indéniables ont été faits en matière de repérage, de dépistage et de diagnostic des troubles spécifiques. Néanmoins, en 2013, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) a constaté des prises en charge trop souvent hétérogènes, des retards dans les diagnostics et prises en charge de ces enfants, des orientations vers certains professionnels injustifiées ou par défaut, des prises en charge inadaptées ou induisant des prolongements.

Cela a pour conséquence une saturation des centres de références des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (CRTLA) qui sont à l'origine destinés aux situations les plus complexes. Ces centres de référence sont considérés par les familles mais aussi par certains professionnels comme le seul moyen d'avoir accès à une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Pourtant, dans les situations les plus simples, les besoins de l'enfant pourraient être couverts par des professionnels de santé, du médico-social, des enseignants autour de l'enfant et de sa famille.

L'enseignant est en première ligne dans le repérage et dispose d'outils adaptés. C'est souvent à l'école en effet que ces troubles sont le plus facilement visibles. Dès le repérage, il peut agir rapidement par des interventions pédagogiques adaptées aux difficultés de l'enfant. Cette pédagogie devrait être mise en œuvre selon des critères éprouvés et avec une évaluation rigoureuse des progrès de l'enfant. L'enseignant doit dans tous les cas signaler aux parents de l'enfant ou au médecin scolaire les difficultés qu'il a observées. Si malgré ces mesures, les difficultés persistent au-delà de 3 à 6 mois, une évaluation de l'enfant par un professionnel de santé (médecin de l'enfant, pédiatre, médecin de l'éducation nationale...) devient alors nécessaire en vue du dépistage d'un trouble éventuel (HAS. Guide parcours TSLA 2017). **L'enjeu est double : éviter la médicalisation de difficultés relevant essentiellement d'un renforcement pédagogique et éviter un retard dans la prise en charge médicale.**

Le travail pluri professionnel, justement, est également une injonction de l'école Inclusive. Mais, qu'en est-il réellement dans la pratique sur le terrain? Comment l'apport du diagnostic et l'expertise du secteur médico-social peuvent-ils aider les enseignants en charge d'enfants avec un trouble des apprentissages dans leur démarche d'identification des besoins particuliers de chaque élève et d'adaptation pédagogique?

Pour cela, j'évoquerai en premier lieu **l'inclusion**, son cadre légal, les modifications engendrées par la loi de 2005 en termes de scolarisation et d'accompagnement rééducatif.

Ensuite, je m'intéresserai au **travail interprofessionnel**, préconisé par l'école inclusive, en évoquant les conditions nécessaires à la mise en place d'un travail en commun ainsi que les difficultés pouvant l'entraver avant d'envisager les évolutions de pratiques nécessaires.

Dans une troisième partie, j'insisterai sur l'importance d'un **repérage précoce** déterminant pour mettre en œuvre un parcours associant rééducation du trouble et **adaptations pédagogiques**, avec la participation de l'enfant et de sa famille.

I- Inclusion

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a réaffirmé la volonté de celle de 1975 en faveur des personnes handicapées en termes de scolarisation pour tous. Mais, elle est allée plus loin que la précédente, en affirmant « le droit à l'accueil des enfants handicapés dans les écoles ordinaires » (Chauvière et Plaisance, 2008). On parle **depuis d'école inclusive**. Dans cette démarche, l'école doit se transformer dans sa structuration, son organisation et ses approches pédagogiques afin de rendre la scolarisation optimale dans le milieu ordinaire, pour tous (Thomazet, Mérini et Gaime, 2014). En effet, tous les enfants, quel que soit leur handicap doivent être accueillis dans leur école de référence et être reconnus comme des élèves, avec des objectifs d'apprentissage. Pour cela, ils peuvent bénéficier d'un parcours personnalisé. Ainsi, la prise en charge spécialisée des enfants handicapés, dans des établissements du Médico-Social tend à disparaître progressivement (Guirimand et Mazereau, 2016). L'école devrait s'adapter aux besoins spécifiques de chacun de ces élèves et les professionnels du Médico-Social, « experts » du handicap doivent contribuer à la scolarisation ordinaire de ces enfants (Benoit, 2012).

Avec cette loi de 2005, la notion de handicap a fortement évolué. En effet, comme l'explique l'article 2, « constitue un 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. »

Avant la loi de 2005, une forte dualité existait entre le secteur de l'Education Nationale s'occupant de la scolarité des enfants ordinaires et le secteur du Médico-Social accompagnant sur le plan thérapeutique, éducatif et pédagogique les enfants inadaptés ou handicapés (Chauvière et Plaisance, 2008). Le handicap était considéré en tant que déficience, y compris en ce qui concernait la scolarisation : il s'agissait de « situer l'élève handicapé par rapport à une norme donnée » comme le dit Berzin (2015) et d'évaluer sa possible adaptation au système éducatif. La scolarité était pensée en filières et les enfants qui ne pouvaient s'adapter aux exigences scolaires du milieu ordinaire étaient orientés, en fonction de leurs déficits, vers tel ou tel établissement spécialisé. Ces structures, dotées d'une équipe pluridisciplinaire assurent, en leur sein, l'accompagnement des enfants au travers de la mise en place de projets éducatif, pédagogique et thérapeutique (Magnin de Cagny et Fermigier, 2009). Avec la loi d'orientation

de l'éducation de 1989, les enfants handicapés présentant des capacités d'adaptation ont pu bénéficier d'une intégration dans le milieu ordinaire, sous la responsabilité d'enseignants spécialisés et sous réserve qu'ils arrivent à suivre le contenu de l'enseignement proposé. C'est alors au travers de ces quelques cas d'enfants, et avec le développement de services comme le Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD), que des liens ont pu exister entre ces deux secteurs différents sur bien des plans : historique, institutionnel, organisationnel, philosophique, ainsi que dans leurs identités professionnelles très marquées (Chauvière et Plaisance, 2008). L'accompagnement du handicap était conçu dans une politique « multi tracks », c'est-à-dire dans une approche multiple (Benoit, 2012), même si en France, il s'agissait en fait d'une approche duelle entre l'Éducation Nationale et le Médico-Social.

Désormais, avec l'école inclusive, tous les enfants peuvent être scolarisés dans leur école de référence. L'orientation politique prise tend vers une prise en compte des situations de handicap « one track approach » (Benoit, 2012), visant à intégrer l'enseignement spécialisé dans un système unifié d'éducation. L'objectif visé est de se centrer sur les compétences de l'enfant plutôt que sur sa déficience. Il s'agit maintenant pour tous les enseignants de se questionner sur les modalités d'enseignement à proposer afin de les adapter aux besoins particuliers de chaque élève, quelles que soient ses difficultés, son handicap (Berzin, 2015) et pour les professionnels « experts » du Médico-Social de ne plus, seulement, proposer des prises en charge substitutives mais également de collaborer avec les autres acteurs (Benoit, 2012). Cette loi en faveur de l'inclusion sociale engendre donc des transformations radicales des écoles ordinaires et des mutations importantes des structures d'accompagnement spécialisé (Chauvière et Plaisance, 2008) en leur demandant de travailler ensemble autour du projet de l'enfant.

Ainsi, à la rentrée scolaire 2019, les premières équipes mobiles d'appui médico-social aux établissements scolaires pour la scolarisation des enfants en situation du handicap ont été mises en place. Une circulaire du 14 juin donne les clés de la création et du fonctionnement de ces dispositifs innovants, déployés à titre de préfiguration avant généralisation.

A l'occasion du lancement officiel du "service public de l'école inclusive" le 11 juin 2019, a été annoncée l'expérimentation - avant extension - d'équipes mobiles d'appui médico-social aux établissements scolaires pour mieux prendre en compte les besoins éducatifs particuliers des enfants en situation de handicap et de prévenir les ruptures scolaires. Une circulaire du 14 juin 2019 signée de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées Sophie Cluzel, destinée aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) décrit les modalités de mise en

place et de constitution des premières équipes mobiles d'appui à titre de préfiguration, lesquelles doivent être rattachées à des établissements et services médico-sociaux (ESMS) intervenant auprès de personnes handicapées.

Ces équipes mobiles d'appui médico-social ont pour objectif de renforcer la scolarisation des élèves handicapés, en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative, de "manière souple", en s'appuyant sur les expertises et les ressources existantes dans les ESMS. L'équipe mobile n'a pas vocation à délivrer des prestations directes d'accompagnement individuel d'élèves, elle ne se substitue pas aux AESH, mais vient épauler les dispositifs existants. Pour la mise en place des premières équipes à la rentrée 2019, l'objectif étant de couvrir un territoire aussi étendu que possible. Pour le choix des territoires, les ARS doivent toutefois se référer aux pôles inclusifs d'accompagnement localisé (PIAL) en cours de constitution, afin que les équipes mobiles puissent expérimenter les relations avec les établissements scolaires couverts par des PIAL ainsi qu'avec les établissements non couverts. L'Education Nationale prend ainsi quelque distance par rapport à la MDPH. Elle se réserve l'organisation du travail des AESH. Le PIAL a pour objectif d'apporter de la souplesse dans l'organisation de l'accompagnement humain tout en restant, sur le terrain, au plus près des besoins des élèves en situation de handicap. Un accompagnement ainsi rendu plus efficient n'atteindra que mieux ses buts essentiels, à savoir développer l'autonomie de l'élève dans ses apprentissages et l'efficacité des enseignements ; sans oublier de veiller, si besoin, à sécuriser l'environnement de l'élève et à lui apporter la protection nécessaire quand la situation ou le contexte l'impose. **L'ambition est qu'à terme, l'ensemble des établissements scolaires puissent faire appel à une telle équipe.**

Le chemin à parcourir sur la problématique de l'inclusion est encore important. Dans son rapport de mars 2019, la rapporteuse spéciale de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar, « encourage le gouvernement à faire en sorte que toutes les politiques abordent le handicap selon une approche fondée sur les droits de l'homme ». Elle y pointe le manque d'accessibilité des lieux publics et des transports. Le reste à charge trop important sur les aides techniques ou l'absence de formation des enseignants sur le handicap. Mais aussi l'inadaptation des programmes scolaires. Surtout, Catalina Devandas-Aguilar recommande au gouvernement français de « fermer progressivement tous les établissements pour personnes handicapées ». Toujours au nom des droits de l'homme. « Il n'existe pas de bon établissement d'accueil puisqu'ils imposent tous un certain mode d'existence qui limite les possibilités d'avoir une vie agréable sur la base de l'égalité avec les

autres ». La fermeture de ces institutions doit en effet aller de pair avec la mise en place d'alternatives. « Il importe de remplacer ces solutions discriminatoires et paternalistes par des mesures gouvernementales de protection sociale qui favorisent la citoyenneté, l'inclusion sociale et la participation communautaire. » En clair, les pouvoirs publics doivent rendre la société plus accessible. Mais aussi mettre en œuvre des services de proximité qui permettent à la personne de vivre à domicile tout en bénéficiant de l'accompagnement nécessaire. **Il reste à définir cet accompagnement ? Des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et autres services médico-sociaux existent déjà en France mais en nombre insuffisant.**

Comment ces équipes spécialisées, essentiellement émanant du médico-social, peuvent-elles venir en appui des équipes pédagogiques ? Quelles modalités mettre en œuvre pour rendre ce travail interprofessionnel possible dans l'intérêt des enfants et des familles ?

II- Travail interprofessionnel

Avec la loi de 2005, une injonction de travail interprofessionnel voit le jour, afin de rendre possible l'école inclusive (Thomazet, Mérini et Gaïme, 2014). L'Ecole et le Médico-Social, habitués à travailler « dos à dos » vont devoir se rapprocher et apprendre à collaborer « dans un souci de cohérence éducative » (Chauvière et Plaisance, 2008). Il s'agit pour les différents professionnels concernés d'accompagner au mieux les enfants handicapés dans une logique de parcours et non plus de filière, comme cela était le cas pour les enfants qui intégraient des structures du Médico-Social (Berzin, 2015); ce, par l'intermédiaire des Projets Personnalisés de Scolarisation, notamment. **Emery (2014) considère que la collaboration multi professionnelle nécessaire au développement de l'école inclusive est présentée comme une évidence, mais se questionne sur son articulation dans les pratiques effectives. Il considère qu'elle peut être à la fois un élément facilitateur et un obstacle à l'inclusion.** Thomazet, Mérini et Gaïme (2014) voient le travail collaboratif entre les professionnels comme un outil nécessaire à la scolarisation des enfants handicapés dans le milieu ordinaire. En effet, « les besoins particuliers de certains élèves, qui nécessitaient, en établissement spécialisé, un grand nombre d'intervenants, ne peuvent être laissés sous la seule responsabilité d'un enseignant seul dans sa classe » (Thomazet, Mérini et Gaïme, 2014). Garou et Jeanne (2008) (in Benoit, 2012) parlent de faire « culture commune », Chauvière et Plaisance (2008) parlent, eux, de « culture

partagée ». Dans leur article « Les conditions d'une culture partagée », Michel Chauvière et Eric Plaisance, en 2008, mènent une réflexion sur ce qu'ils nomment « la dualité structurelle du champ éducatif français » à savoir l'existence d'un système « normal » fort, l'Education Nationale et d'un « sous système spécial », le Médico-Social. Et ce, malgré la loi du 11 février 2005 dite « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Cette réflexion se fait au regard de trois axes :

- l'histoire, en ce qu'elle offre des éléments d'explication à la dualité observée.
- les contradictions actuelles (à la fois cognitives et institutionnelles),
- la place centrale des cultures professionnelles dans l'adaptation et les résistances aux mutations éducatives en cours.

J'essaierai d'abord de proposer une clarification terminologique du travail en commun puis décrire les conditions nécessaires à la mise en place d'un tel travail en tenant compte des obstacles rencontrés sur le terrain. Avant d'envisager, dans un troisième point, les évolutions nécessaires en termes de professionnalité pour chaque acteur.

Clarification terminologique du travail en commun

Marcel et al. (2007). évoquant l'évolution des pratiques des enseignants, différencient les termes de coordination, collaboration et coopération dans le cadre d'un travail « partagé » entre différents professionnels. Ils définissent la coordination comme l'agencement d'actions individuelles dans un objectif commun, émanant essentiellement de prescriptions hiérarchiques, administratives ; contrairement aux deux autres formes qui nécessitent, elles, l'investissement actif de chaque acteur. Ainsi, par collaboration, les auteurs considèrent des pratiques d'échanges et des actions, qui peuvent encore être individuelles, avec la mise en place d'un travail concerté, reposant sur une réelle communication à valeur fonctionnelle. Enfin, au stade de la coopération, il s'agit d'un travail en commun : en agissant ensemble, dans un espace de travail partagé, **à partir d'actions conjointes efficaces.**

Cette forme pourrait se rapprocher de la notion de collaboration telle que définie par Marcel et al. (2007). Thomazet, Mérini et Gaipe (2014) ont identifié, dans leur étude menée auprès d'enseignants néo-titulaires, cinq formes d'actions de collaboration. Le premier niveau est appelé par les auteurs : réassurance. Il consiste à échanger avec des collègues de manière plutôt informelle. Il s'agit de la modalité la plus limitée en termes de travail « partagé ». Le second niveau, consistant au « besoin de comprendre », est retrouvé lors de situations

d'impuissance, il s'agit alors de faire appel à l'aide d'un spécialiste pour obtenir des outils, des réponses « clé en main » ... Les auteurs identifient aussi la délégation à d'autres professionnels comme une autre forme consistant à confier à des professionnels spécialisés tout ou partie de la scolarisation de l'élève à besoins particuliers. Une forme un peu plus aboutie est appelée la coaction. Dans cette modalité, chaque professionnel agit dans son cadre, qui lui est propre mais des régulations sont possibles entre les différents intervenants.

Enfin, le partenariat serait à rapprocher de la notion de coopération, telle que définie par Marcel et al. (2007). Celui-ci, tel que défini par Mérini (2012) nécessite de mettre en place des actions conjointes, négociées au préalable entre les différents acteurs, visant à résoudre un problème commun. Cette forme de collaboration nécessite la construction d'un espace interprofessionnel et reste, selon les auteurs, assez exceptionnel dans la démarche inclusive.

La question du travail « partagé » entre le milieu scolaire et le secteur du Médico-Social est devenue centrale et indispensable pour favoriser l'inclusion. Mais des modifications dans la conception même de la professionnalité de chaque acteur sont nécessaires à la mise en place d'une collaboration interprofessionnelle (Guirimand et Mazereau, 2016). Benoit (2012) explique que pour faire « culture commune », il faut que chacun, en fonction de ses spécificités professionnelles concoure vers un but commun. Il s'agit donc d'arriver à un continuum entre les actions des différents professionnels. Dans le cadre de l'école inclusive, il s'agit, pour Thomazet, Mérini et Gaime (2014) de trouver des aménagements particuliers, nécessaires à l'élève afin de lui permettre de poursuivre sa scolarisation dans le milieu scolaire dans les meilleures conditions possibles. Pour Guirimand et Mazereau (2016), il s'agit de prendre en compte la spécificité de chaque enfant afin de lui construire un parcours favorable à son inclusion scolaire et sociale. Le travail de collaboration inter-professionnelle devient en ce sens « une condition à la mise en place de l'école inclusive » (Thomazet, Mérini et Gaime, 2014).

Les conditions de mise en œuvre du travail en commun

Mais quelles sont les conditions d'articulation entre les différents professionnels ? Chauvière et Plaisance (2008) insistent sur les cultures professionnelles différenciées, du fait de spécificités techniques, de philosophie de travail et de mode de compréhension des difficultés de l'enfant « différent » ayant conduit à des identités professionnelles très marquées, rendant la coopération a priori compliquée. De ce fait, ils insistent sur la nécessité d'un réel apprentissage à cette forme

élaborée de **travail collaboratif**, en évoquant l'idée d'une **formation commune au partenariat**.

Emery (2014) postule **la nécessité d'utiliser un langage commun comme condition à un travail d'équipe multi professionnelle**, afin de construire des concepts et des actions communes. Pour cela, il considère que des rencontres régulières sont nécessaires, mais à condition que les différents acteurs se comprennent bien et qu'ils n'utilisent pas leur jargon professionnel dans des enjeux de pouvoirs implicites, l'objectif lors de ces rencontres étant bien « d'optimiser les propositions d'aménagements pédagogiques et didactiques visant leur participation effective de tous les élèves à la vie scolaire ». Pour cela, il pense que les professionnels doivent prendre du temps afin de définir les spécificités de chaque champ professionnel, en utilisant un langage interprofessionnel, compris de tous afin d'éviter la juxtaposition de monologues. C'est seulement dans ces conditions que la collaboration multi professionnelle devient possible, selon cet auteur, au travers d'un travail de proximité permettant la « co-réflexion » et la « co-action », en planifiant, mettant en œuvre et régulant des actions éducatives, pédagogiques, thérapeutiques conjointement.

Les professionnels ayant participé à l'étude de Guirimand et Mazereau (2016) insistent sur la nécessité d'une co-construction du projet avec les familles. Mais, ils relèvent des difficultés pour investir les familles dans cette démarche et ce pour plusieurs raisons. Les parents leur accordent souvent une totale confiance, quitte à déléguer une partie de leur parentalité. De leur côté, ils reconnaissent ne pas être toujours suffisamment accessibles pour permettre aux parents de s'exprimer librement. Les auteurs relèvent qu'au milieu des projets de soins et de scolarisation, les parents peuvent avoir du mal à trouver une place pour défendre leur projet de vie.

De plus, les professionnels de cette même étude insistent sur la nécessité d'améliorer la communication entre les différents acteurs : notamment en poursuivant l'effort entrepris dans **l'utilisation d'un langage commun entre professionnels mais également avec les familles**.

Ensuite, en s'investissant **dans des espaces de paroles et d'échanges à condition de les axer plus sur les pratiques à mettre en place que sur les déficits des enfants**.

Enfin en développant **l'utilisation d'outils techniques de communication écrite formelle sous la forme d'écrits professionnels et du PPS** sans oublier de communiquer oralement de manière plus informelle.

Les obstacles à la mise en œuvre du travail en commun

Selon Guirimand et Mazereau (2016), la loi de 2005 a contribué à la scolarisation pour tous, entraînant une diminution des prises en charge dans le milieu spécialisé. Dorison, en 2015, note que l'orientation vers ces structures se fait seulement après une période de scolarisation dans le milieu ordinaire pour 44% des enfants accueillis. Mais cette loi ne prévoit pas les transformations nécessaires en termes de modalités d'accompagnement de ces enfants dans le milieu scolaire ordinaire ; notamment en ce qui concerne la coordination pluriprofessionnelle indispensable pour favoriser l'inclusion sociale et scolaire de ces élèves handicapés, se réduisant, de ce fait, essentiellement à des initiatives locales (Guirimand et Mazereau, 2016). Par exemple, la loi ne prévoit qu'une seule Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS) par an. Plusieurs études montrent qu'il existe des obstacles, freins à une vraie collaboration autour de l'enfant et de son projet. Chauvière et Plaisance (2008) notent que malgré la loi de 2005 pour l'inclusion et la coopération incitée par l'individualisation des parcours, **la dualité entre les secteurs scolaire et médico-social n'a pas disparu**. Les actions de chaque acteur tendent à se juxtaposer voire se concurrencer plus qu'elles ne se mutualisent. **Une méconnaissance des formes de prises en charge rééducatives en dehors de l'école est relevée du côté des enseignants, une vision faussée de la scolarisation obligatoire**, avec une représentation en termes de souffrance pour certains enfants, persistent du côté des professionnels de santé.

Berzin (2015) relève, côté Éducation Nationale, **un manque de formation des enseignants**, pouvant provoquer une appréhension de leur part quant à l'accueil de certains handicaps. Le manque de temps pour se former, pour échanger avec les autres partenaires est considéré comme l'élément le plus problématique. Benoit (2012) note pour les professionnels du Médico-Social **un changement de rôle, passant de celui d'expert à celui d'aidant**. Ils ne devraient plus seulement proposer des prises en charge substitutives dans leur champ spécifique d'action mais beaucoup plus collaborer en plaçant leur action dans des zones de recouvrement avec d'autres champs professionnels, notamment avec les professionnels de l'École. De plus, avec cette démarche inclusive, c'est **une nouvelle vision des concepts de référence autour du Handicap qui apparaît, passant de conceptions plus empreintes du Médico-Social vers des approches plus éducatives et pédagogiques**. Il s'agit désormais de s'intéresser **au fonctionnement du sujet et non plus à sa déficience, à sa singularité plutôt qu'à sa différence et à son besoin plus qu'à son trouble**. Mérini (2014) identifie 3 obstacles majeurs à la mise en place d'un partenariat forme la plus élaborée de travail en commun : **la notion même qui reste confuse**, ne spécifiant pas toujours l'action qu'elle désigne; **la rencontre de la**

différence auprès d'autres professionnalités qui provoque souvent de l'appréhension: enfin **la confrontation entre des identités professionnelles**, défendant leurs spécificités. Thomazet, Mérini et Gaime (2014) notent, eux aussi, que l'action commune peut entraîner **des conflits identitaires** : chaque professionnalité tenant à la spécificité de son métier et ayant du mal à bouger ses « frontières » pour collaborer avec d'autres acteurs dans **des « zones de recouvrements »**. Des compromis sont donc nécessaires dans une démarche de coopération. Selon eux, les enseignants, doivent trouver des positions intermédiaires entre : collaborer et imposer, agir soi-même ou déléguer, travailler de manière formelle ou informelle, se concentrer sur les élèves et leurs besoins ou sur les savoirs et les objectifs à atteindre, enfin avoir une posture d'égalité ou d'équité. Selon Emery (2014), **la collaboration multi professionnelle peut devenir un obstacle à l'inclusion**: tout d'abord" si les différents acteurs ont des objectifs différents, sans zone de recouvrement entre les interventions, chaque profession restant dans son champ spécifique ; ensuite, lorsqu'un champ professionnel pense détenir la solution et dominer les autres professions, provoquant ainsi des conflits de pouvoir ; enfin, **lorsqu'il y a une médicalisation de l'école, avec une utilisation excessive des diagnostics médicaux au dépend de réflexions pédagogiques, didactiques**. Cet auteur relève également que des échanges trop espacés, irréguliers ne favorisent pas, non plus, une réelle collaboration multi professionnelle.

La collaboration, justement, peut également être observée dans un contexte intersectoriel. À cet égard, Beaugard et Kalubi (2011) **identifient les besoins des intervenants** et les obstacles qu'ils ont à surmonter pour améliorer la collaboration entre les intervenants de deux secteurs distincts : ceux de la réadaptation physique et ceux du milieu scolaire. Leur étude souligne que les difficultés les plus importantes sont en grande partie reliées aux connaissances des professionnels, à leurs pratiques professionnelles ainsi qu'aux règles organisationnelles. Sur la base de leurs résultats, Beaugard et Kalubi (2011) soulignent que **le besoin de connaissances est multidimensionnel : les professionnels expriment le besoin de mieux connaître les problématiques de la « clientèle » et les outils d'intervention disponibles, mais également les règles administratives de l'autre secteur**. De surcroît, ces auteurs notent que les différences de pratiques professionnelles, de règles et de cultures organisationnelles rendent parfois la collaboration difficile (Beaugard et Kalubi, 2011). Dans le même ordre d'idée, Getha-Taylor (2012) analyse des expériences positives de collaboration intersectorielle, documente l'expérience d'une douzaine de gestionnaires et s'intéresse aux défis qui se posent au développement de la compréhension de l'autre et de la confiance. Ces résultats démontrent

l'importance du développement des compétences relationnelles et communicationnelles (Getha-Taylor, 2012). En outre, certains indiquent que **la confiance** permet entre autres de réduire les comportements opportunistes, l'incertitude et de faciliter le partage des connaissances et l'apprentissage (Willem et Lucidarme, 2014). **La multiplication des rencontres** peut constituer un facteur facilitant la collaboration intersectorielle puisqu'elle contribue au développement de la confiance entre les parties (Lee et al., 2012). Pour terminer, **le développement du sentiment d'appartenance** apparaît également important afin de faciliter la collaboration intersectorielle selon Percy-Smith (2006).

Par ailleurs, comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 dans le Guide « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec des troubles des apprentissages », le parcours de santé devrait être organisé autour de l'enfant et de ses troubles, et non pas en fonction des structures. Ces recommandations mettent l'accent **sur le rôle de chacun des acteurs, et sur la coordination de leurs interventions**, indépendamment des structures qui sont évolutives selon leur histoire, leurs compétences, les besoins et les ressources de leur territoire de santé.

Comment ce parcours associant repérage et interventions précoces associant mises en œuvre d'aménagements pédagogiques en classe et rééducations au CMPP peut-il se penser puis se mettre en place ?

III- Importance du repérage précoce et de la mise en œuvre d'adaptations pédagogiques

Parcours de soins et repérage précoce

Le repérage de difficultés préscolaires permet d'identifier des signes d'alerte précoces qui devraient nécessiter des mesures associant les parents. Une fois repérées, les difficultés d'apprentissages font le plus souvent, en première intention, **l'objet d'une pédagogie différenciée précoce**, explicite et évaluée. Si l'intervention pédagogique se révèle insuffisante (les troubles ne relevant pas de cette seule intervention), la prise en charge d'un enfant avec suspicion de TSLA fait intervenir les professionnels de la santé, en lien étroit avec les parents et les enseignants. Cette prise en charge précoce et adaptée vise à améliorer les fonctions déficitaires et/ou à mettre en place les adaptations nécessaires. **Elle suit un processus**

rigoureux par étapes : dépistage, diagnostic, planification des soins, suivi et réajustements des approches pédagogiques, réévaluation des objectifs thérapeutiques et moyens rééducatifs. L'enfant et sa famille participent activement à ce processus, accompagnés par les professionnels de l'éducation et de la santé.

COMMENT AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ D'UN ENFANT AVEC TROUBLES SPÉCIFIQUES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES ?

Figure 1. TSLA : pyramide des profils de situations et des niveaux de recours aux soins correspondants



HAS ■ Les Parcours de Soins / Décembre 2017

12

La figure précédente (grand format en annexe n°1) présente une vue d'ensemble du parcours (étapes de la démarche diagnostique/acteurs/outils de coordination (échanges/concertation/synthèses), et les liens entre les secteurs pédagogiques et de la santé. Le parcours de soins et le parcours de scolarisation sont fortement liés.

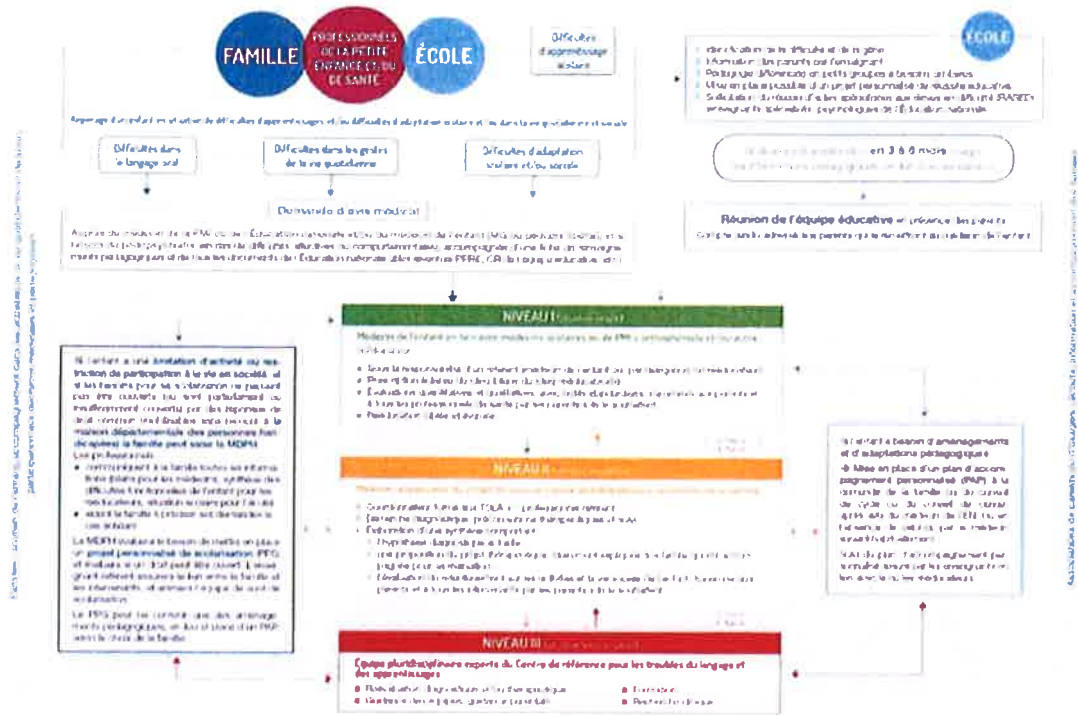
La HAS propose un parcours coordonné avec une graduation des soins en fonction des besoins de l'enfant. Elle précise les niveaux de recours aux soins adéquats (acteurs impliqués, profils des enfants relevant de chaque niveau, ...) ainsi que les critères d'orientation. C'est ainsi qu'elle préconise une structure de prise en charge pyramidale allant des cas les plus simples au plus complexes.

Le dispositif du pôle ressource associant l'équipe du CMPP permet une liaison entre le niveau 1, parents, enseignants, RASED et le niveau 2, c'est-à-dire l'équipe pluridisciplinaire du CMPP.

Vue d'ensemble du parcours (grand format en annexe n°2) :

COMMENT AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ D'UN ENFANT AVEC TROUBLES SPÉCIFIQUES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES ?

Figure 2. Vue d'ensemble du parcours



Un niveau 1 de proximité pour le diagnostic et les prises en charge simples. Ce premier niveau relève de la responsabilité du médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre libéral), en lien avec le médecin de PMI ou le médecin de l'éducation nationale. Il concerne les situations les plus simples en termes de diagnostic et de prise en charge, et mobilise peu d'acteurs. Lorsque le médecin de l'enfant a été formé aux troubles dys, il prescrit un bilan auprès du rééducateur spécialiste du trouble dys suspecté. Le rééducateur posera ainsi une première hypothèse diagnostique et mettra en œuvre une rééducation si besoin.

Les rééducateurs de ville sont les acteurs de la prise en charge de l'enfant en proximité, toujours en lien avec le médecin de l'enfant. Peuvent intervenir : l'orthophoniste (s'il s'agit d'un trouble de langage), quelquefois l'ergothérapeute ou le psychomotricien (pour l'écriture ou la motricité), ou le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie si besoin d'une évaluation des différentes fonctions cognitives transversales (attention, fonctions exécutives) ou plus spécifiques. En cas d'incertitude sur les mécanismes cognitifs impliqués dans les troubles de l'enfant, un bilan psychométrique est réalisé par un psychologue formé.

Lors de cette première étape, des consultations longues effectuées par le médecin de premier recours et dédiées aux problèmes d'apprentissage sont préconisées. La HAS souligne l'importance de la mise en place d'un lien entre ces professionnels et le médecin de l'éducation nationale ou de la protection maternelle et infantile pour assurer une articulation entre soins et pédagogie.

Un niveau 2 intermédiaire, pour les cas complexes.

Le second niveau concerne les situations complexes qui nécessitent une coordination pluridisciplinaire. Il peut être un second recours en cas d'échec du premier niveau dans plusieurs situations : difficulté diagnostique, présence de comorbidités chez l'enfant ou encore persistance des difficultés malgré la prise en charge de première intention. Ce niveau 2 doit répondre à un cahier des charges précis détaillé dans le guide de la HAS. Il mobilise, sous la responsabilité de médecins experts des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), des équipes pluridisciplinaires spécialisées composées de psychologues spécialisés en neuropsychologie, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes. Ces équipes sont formées aux TSLA et assurent une évaluation des principales difficultés de l'enfant dans le domaine des troubles des apprentissages, suivant une démarche neuropsychologique. Si besoin, d'autres spécialistes doivent pouvoir être mobilisés tels un neuropédiatre, un pédopsychiatre ou encore un orthoptiste. Ces équipes assurent le diagnostic, les préconisations de soins et d'aides ainsi que le suivi de l'enfant.

Niveau intermédiaire entre le niveau 1 et le niveau 3 dit **centre de référence**, le niveau 2 doit aujourd'hui se développer pour couvrir l'ensemble du territoire sous la forme d'une offre en proximité des lieux de vie des enfants et accessible dans un délai raisonnable. Il doit également permettre de réguler le recours aux centres de références qui sont destinés aux cas les plus sévères ou très complexes. **L'action du CMPP s'inscrit dans ce deuxième niveau.**

Un niveau 3 pour les cas les plus complexes.

Il relève de l'expertise des centres de référence des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (CRTLA). Ces centres sont attachés à des équipes hospitalières universitaires et assurent 3 missions : pratique et recherche cliniques ainsi que formation. Ce niveau 3 concerne les situations les plus complexes qui sont adressées au centre de référence par le niveau 2 (parfois par le niveau 1 quand il n'y a pas de niveau 2). Ces situations concernent les troubles :

- Dont l'impact défavorable sur la vie scolaire et les actes de la vie quotidienne reste majeur malgré la (les) rééducation(s) mises en place après l'intervention du niveau 2 ;

- Pour lesquels la situation nécessite l'avis d'une équipe pluridisciplinaire et qu'il n'existe pas de niveau 2 en proximité ; ou pour lesquels persiste un doute diagnostique. Cette situation peut concerner des enfants qui ont des comorbidités associées à leur trouble dys : déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, handicap...

La HAS souligne qu'en parallèle du parcours de soins, il est recommandé que **l'enseignant mette en place des adaptations pédagogiques pour l'enfant, en s'appuyant sur des plans ou projets adaptés comme par exemple le Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)** (Cf. annexe n°3 : « Un Plan pour Qui ? » Ministère de l'Education Nationale 2014)

Dans le cadre scolaire, l'adaptation par les enseignants de leurs pratiques professionnelles devient une condition sine qua non pour compenser les difficultés scolaires liées aux élèves à besoins particulier. Cependant, poser un cadre législatif ne suffit pas. Comment les adaptations pédagogiques sont mises en œuvre ?

Adaptations pédagogiques

La prise en charge de ces élèves, parfois très en deçà de la norme de la classe, constitue pour l'enseignant un véritable défi, en regard des multiples remises en cause que cela implique (Belmont & Vérillon, 2003 ; Gombert & Roussey, 2007). Dans ce contexte national, **la question des gestes professionnels** d'aide que les enseignants développent lorsqu'ils accueillent un élève porteur de handicap en classe ordinaire devient centrale. Les gestes d'adaptation pédagogique peuvent être mis en rapport avec la **notion d'étayage telle que Bruner** la définit (1983, 1984). Largement lié au concept de **zone proximale de développement développé par Vygotski** (Schneuwly & Bronckart, 1985). l'étayage désigne « l'ensemble des interactions d'assistance de l'adulte permettant à l'enfant d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre au départ » (Bruner, 1983). L'auteur en décrit six fonctions :

- **l'enrôlement** (c'est-à-dire engager l'intérêt et l'adhésion de l'enfant dans la tâche),
- **la réduction des degrés de liberté** (impliquant la simplification de la tâche de façon à la mettre à la portée de l'apprenant),

- **le maintien de l'orientation** (qui comprend par exemple le fait de proposer des tâches motivantes pour garder l'enfant mobilisé dans la tâche),
- **la signalisation des caractéristiques déterminantes** (c'est-à-dire l'ensemble des gestes qui signalent à l'enfant les éléments pertinents pour résoudre la tâche),
- **le contrôle de la frustration** (qui suppose la mise en œuvre d'actions permettant d'éviter que les difficultés rencontrées ne se transforment en échec et n'entraînent un sentiment de démotivation),
- **la démonstration ou « présentation de modèles »** (c'est-à-dire exécuter la tâche et faire avec l'élève à partir par exemple de ses propositions).

Se posent alors diverses questions relatives aux gestes étayants des enseignants : quelles sont la nature et les fonctions des gestes que les enseignants mettent en place pour aider les élèves ? Est-ce que les types de gestes varient en fonction du niveau d'enseignement (primaire ou secondaire) ? Observe-t-on une corrélation entre la manière dont les enseignants définissent le handicap, l'intégration scolaire et la dyslexie, et certains types de gestes ? Certains d'entre eux sont-ils, plus que d'autres, associés à un ressenti positif de l'intégration chez l'élève ?

Gombert, Feuilladiou et Roussey en 2007 s'attacheront à répondre à ces questions en établissant un lien entre trois éléments : **la nature des gestes d'aide que les enseignants du primaire et du secondaire ont mise en œuvre lorsqu'ils ont intégré dans leurs classes des élèves souffrant d'un trouble spécifique sévère du langage écrit ; l'évocation des enseignants sur le handicap, l'intégration et le trouble spécifique (dyslexie et dysorthographe sévère)**. Dubet & Martucelli, en 1996, relatent la manière dont les élèves intégrés vivent leur expérience scolaire.

Gombert et Roussey, en 2007, ont établi le tableau suivant (cf. annexe n°4) en recueillant les déclarations des enseignants accueillant des élèves dyslexiques. Ce tableau résume la typologie des gestes d'aide mis en œuvre par ces mêmes enseignants. Nous reprendrons ici **les 9 types d'adaptations** :

- 1- **Le cadre de travail**, énoncés mettant l'accent sur les modifications des conditions matérielles de travail en classe.
- 2- **L'adaptation de la prescription**, énoncés dont l'idée témoigne de la réflexion de l'enseignant sur les consignes de mise au travail,
- 3- **L'adaptation des moyens**, ou différenciation pédagogique,

- 4- **L'adaptation des parcours** : l'individualisation, c'est-à-dire autoriser l'élève à ne pas faire la même chose que ses camarades,
- 5- **Aide des pairs**, travail en groupe, tutorat,
- 6- **Guidance et contrôle individualisé de l'enseignant**, aide individualisée de l'enseignant durant la phase de réalisation.
- 7- **Apport méthodologique et métacognitifs**, travail effectué dans les compétences transversales ou métalinguistiques,
- 8- **Adaptation à l'évaluation**, que ce soit au niveau de la réalisation du contrôle que de la notation,
- 9- **Revalorisation de l'élève**, travail propre à revaloriser, à motiver l'élève en difficulté.

Dans le cadre du « service public de l'école inclusive », lancé en 2019, a été annoncée l'expérimentation - avant extension – **de dispositifs d'appui médico-social aux établissements scolaires** pour mieux prendre en compte **les besoins éducatifs particuliers des enfants et de prévenir les ruptures scolaires**.

Ces expérimentations, dans un contexte fort de tendre vers une « société inclusive » engendré par la loi de 2005, doivent se baser sur **un travail interprofessionnel** en s'appuyant tout d'abord sur **un langage commun entre professionnels mais également avec les familles** (Emery, 2014). A **ce langage commun, élément clef de la réussite**, d'autres conditions seront nécessaires à la mise en place d'un travail en commun **comme la définition et le respect des champs professionnels respectifs** (Guirimand et Mazereau, 2016). Par ailleurs, il faudrait dépasser un certain nombre d'obstacles, avec en premier lieu **la confrontation des identités professionnelles** (Mérini, 2014).

L'objectif lors de ces rencontres étant bien **d'optimiser les propositions d'aménagements pédagogiques et didactiques** visant la participation effective de tous les élèves à la vie scolaire. Les recommandations de la HAS, en 2017, insistent sur l'importance d'un **repérage précoce** déterminant pour mettre en œuvre **un parcours associant rééducation du trouble et adaptations pédagogiques**, avec la participation de l'enfant et de sa famille.

IV Problématique

Directeur pédagogique d'un CMPP, établissement du médico-social dont l'orientation première du projet d'établissement est de favoriser le diagnostic et le suivi d'enfants présentant des troubles spécifiques de l'apprentissage, **je souhaite étudier le type de travail partagé entre l'école et les professionnels du médico-social, ici une équipe du CMPP, autour des troubles des apprentissages.** Nous avons vu, dans les chapitres précédents, que l'établissement s'inscrivait dans le niveau 2 d'accompagnement des parcours d'enfant avec un trouble des apprentissages comme le préconise l'HAS. Par ailleurs, dans la démarche inclusive, il est demandé aux enseignants de se baser sur les compétences de l'enfant ; pourtant, sans une identification précise des difficultés spécifiques de chaque enfant, il me semble difficile de prévoir des adaptations pertinentes, dans le cadre scolaire. **Alors, comment l'apport du diagnostic et l'expertise du CMPP peuvent-ils aider les enseignants en charge d'enfants avec un trouble des apprentissages dans leur démarche d'identification des besoins particuliers de chaque élève et d'adaptation pédagogique ? Plus précisément, nous nous servirons de l'expérimentation en cours d'un outil de l'école inclusive, le Pôle Ressource (cf. description du protocole de recueil) pour répondre à la problématique suivante :**

Comment mettre en place un dispositif Pôle Ressource articulant les équipes du CMPP et les équipes de l'Education Nationale ? En quoi ce dispositif expérimental via le Pôle Ressource favorise le repérage précoce des difficultés d'apprentissage et la mise en œuvre d'aménagements pédagogique d'un élève avec un TSLA ?

V Hypothèses

Pour envisager cette problématique, nous essaierons de répondre à deux hypothèses :

- 1. Le dispositif présenté favorise l'émergence d'un diagnostic précoce essentiel et la mise en œuvre des adaptations pédagogiques en classe.**

Comme l'indique l'HAS dans son guide « Comment améliorer le parcours d'un enfant avec des troubles des apprentissages » (2017), le diagnostic précoce est facilitateur voire déclencheur de la formalisation d'aménagements dans le cadre scolaire. En effet, des aménagements peuvent avoir été mis en place mais le diagnostic permet de les contractualiser ou a minima de provoquer une réunion de concertation dans le cadre scolaire, de type Equipe Educative, réunissant autour des parents, les enseignants et les professionnels du Médico-Social. Penser et concevoir des

aménagements adaptés nécessite un travail de concertation entre enseignants et professionnels du médico-social afin d'avoir une vision globale de l'enfant **à la fois en termes de potentialités et de difficultés.**

2. La mise en œuvre du dispositif expérimental autour du Pôle Ressource améliore la collaboration entre enseignants et équipes du CMPP.

En effet, il me semble que les aménagements restent généralistes et insuffisamment adaptés à l'enfant, à ses besoins spécifiques. Très souvent, dans le cadre des troubles des apprentissages, les aménagements scolaires proposés restent globaux avec des objectifs du type « diminuer la charge graphique » ou « proposer un temps supplémentaire » mais pas assez en fonction des difficultés spécifiques de l'enfant. Or, nous avons vu que les troubles étaient hétérogènes et pouvaient avoir des répercussions sur la participation de l'enfant à différentes activités, l'estime de soi ou encore les relations avec ses pairs. **Quelles sont les conditions pour favoriser cette collaboration ? Comment dépasser les obstacles identifiés par la recherche (méconnaissance mutuelle, manque de formation, de temps d'échange, ...) ? Comment ce dispositif favorise la collaboration entre enseignants, CMPP et les parents ?**

VI Méthodes

Cette étude se basera sur une expérimentation lancée depuis septembre 2019 concernant l'appui de l'équipe médico-sociale du CMPP au pôle ressource piloté par l'Inspecteur d'une circonscription du 1^{er} degré (Cf. Annexe n°5 : composition du pôle ressource). Nous présenterons rapidement le pôle ressource de l'Education Nationale, les procédures de liaison co-construites avec les équipes pédagogiques des écoles et les parents ou les représentants légaux.

Ensuite, dans le cadre du protocole expérimental, nous présenterons le recueil de données, effectué à partir des réponses à deux questionnaires, d'enseignants et de parents d'enfants avec un trouble des apprentissages :

- Le premier questionnaire à l'attention des enseignants portera sur les aménagements pédagogiques établis suite à cette expérimentation.
- Le second questionnaire (en ligne) visera à la fois les parents, les enseignants et les professionnels du CMPP sur leurs ressentis sur le dispositif.

Un entretien téléphonique préalable avec les parents et les enseignants permettra d'expliquer la démarche et d'avoir leur accord de participation. **Une quinzaine de parents, autant d'enseignants du Primaire, cinq membres de l'équipe de circonscription (conseillers pédagogiques et membres du RASED) et cinq professionnels du CMPP entreront dans le périmètre de cette étude.**

Les résultats obtenus seront interprétés en regard des hypothèses émises.

VII Protocole expérimental

Constats partagés

La mise en place de ce dispositif expérimental émane de constats partagés entre les équipes pédagogiques et les équipes du CMPP :

- **La raréfaction des enseignants spécialisés du RASED a entraîné une baisse considérable de l'appui « spécialisé » aux enseignants** des classes de Primaire dans le cadre de la difficulté scolaire. Des tentatives d'aménagements pédagogiques sont très souvent mises en œuvre mais restent « généralistes » en l'absence d'évaluations diagnostiques et de diagnostic (médical) posé.
- **Les élèves en grandes difficultés scolaires arrivent très tardivement au CMPP. L'âge moyen de recours avoisine 9,5 ans.** Au vu des listes d'attente importante sur le département, il n'est pas rare qu'un enfant présentant un TSLE débute une prise en charge à 11 ans...
- **La coopération entre les équipes pédagogiques et les équipes du CMPP ne débute qu'au moment de la première Equipe Educative,** quand l'enfant est bien inscrit au sein de l'établissement. Très souvent, un processus de dépréciation s'est installé venant majorer ses difficultés premières.

En collaboration avec un Inspecteur de l'Education Nationale de circonscription, nous avons imaginé une expérimentation autour du Pôle Ressource de la circonscription.

Le pôle ressource de la circonscription pour l'aide aux élèves et aux enseignants.

Le pôle ressource de la circonscription regroupe tous les personnels que l'Inspecteur de l'Education Nationale (IEN) peut solliciter et fédérer pour répondre aux demandes émanant d'un enseignant ou d'une école : conseillers pédagogiques, animateurs TICE, enseignants référents pour la scolarisation des élèves handicapés, psychologues scolaires, enseignants spécialisés, enseignants itinérants ayant une mission spécifique, etc..., les personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale peuvent être associés autant que de besoin à cette action.

L'objectif de tous les professionnels mobilisés dans ce cadre est de prévenir et de remédier aux difficultés qui se manifestent dans les écoles afin d'améliorer la réussite scolaire de tous les élèves. L'inspecteur de l'éducation nationale, pilote du pôle ressource, définit, après réflexion conjointe avec les membres du pôle, les axes stratégiques de mise en œuvre des aides aux élèves et aux enseignants de la circonscription. Les professionnels du pôle ressource travaillent collectivement à partir du projet de la circonscription et en lien avec les équipes pédagogiques des écoles. Le réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) est l'une des composantes de ce pôle ressource. Placé sous l'autorité et la responsabilité de l'IEN, le Rased est constitué de l'ensemble des enseignants chargés des aides spécialisées et des psychologues scolaires qui exercent dans la circonscription.

Au fonctionnement « classique » du dispositif que nous venons de décrire, nous avons co-construit une nouvelle procédure de fonctionnement (cf. annexe n°6 : procédure du pôle ressource), permettant à une partie de l'équipe du CMPP de participer aux réunions du pôle ressource :

□ Etape n°1 : Repérage des difficultés des élèves au Cycles 1 et 2.

Suite à un repérage des difficultés d'apprentissage en classe (évaluations nationales, de séquence, ...) liées à une ou plusieurs compétences du socle commun, les enseignants mettent d'abord en œuvre un Projet Personnalisé de Réussite Educative associant les parents et l'élève. En cas de difficultés persistantes malgré la mise en œuvre d'aménagements pédagogiques, l'enseignant transmet une fiche « de signalement » auprès du RASED, avec l'accord des parents.

□ Etape n°2 : Etude des fiches de signalement au RASED:

- Phase diagnostique priorisée : conseils à l'enseignant.
- Réponse adaptée en fonction de l'analyse des demandes,

□ Etape n°3 : Réunion du pôle ressource piloté par l'IEN de circonscription :

- **Participation de l'équipe du CMPP** avec l'accord des parents,
- Présentation des situations problèmes des élèves,
- Proposition d'aide à l'élève, aux enseignants par l'intervention des CPC et/ou des personnels du RASED, par l'IEN,
- **Proposition de conseil d'orientation vers le CMPP ou partenaires libéraux (orthophonistes, psychomotriciens, ...),**
- Proposition de conseil d'orientation vers la MDPH.

□ Etape n°4 : Inscription de l'enfant au CMPP et priorisation de prise en charge sous 6 mois :

- Inscription administrative.
- Consultation médicale,
- Bilans complémentaires,
- **Liens école / aménagements pédagogiques.**
- Suivis thérapeutiques,

En résumé, l'équipe pluridisciplinaire du CMPP est conviée aux réunions du Pôle Ressource de l'Education Nationale piloté par l'Inspecteur de circonscription, pour échanger sur des situations d'enfants qui pourraient relever à terme d'une prise en charge. Si celle-ci s'avère nécessaire, l'enfant est pris en priorité au CMPP par rapport à la file d'attente et bénéficie plus rapidement de bilans et de suivis.

Protocole de recueil de données

Trois réunions du Pôle Ressource, d'octobre 2019 à janvier 2020, ont permis d'identifier 19 élèves des cycle 1 (3) et cycle 2 (16) de la circonscription en grandes difficultés scolaires et de proposer aux parents une orientation vers le CMPP. Dix-huit familles (94.7%) ont suivi le conseil d'orientation et ont inscrit leur enfant au CMPP. Quinze de ces familles ont participé à cette étude (sur les 19 contactées). Au moment de la finalisation de cette étude, douze de ces enfants (soit 80 %) ont bénéficié d'une évaluation pluridisciplinaire dans le cadre du CMPP, pour lesquels un diagnostic de Trouble des Apprentissages a été évoqué.

Nombre de familles et d'enfants participant à l'étude

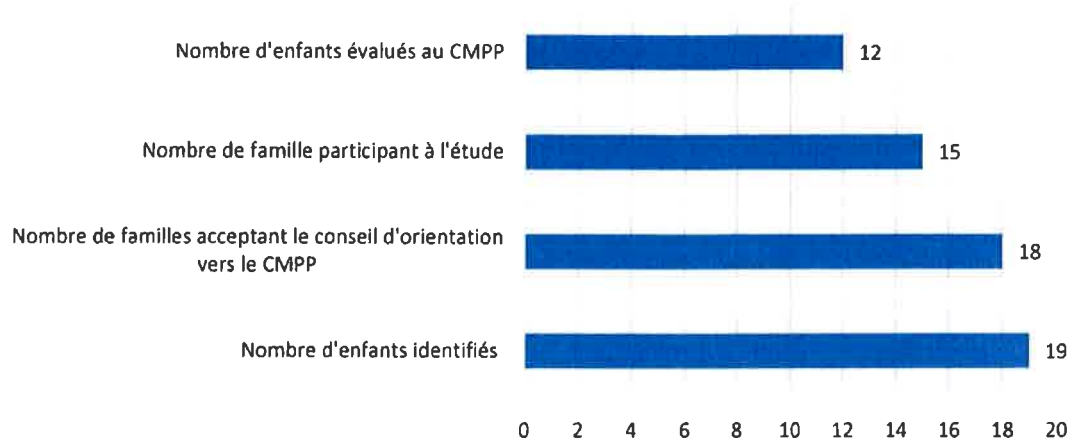


Figure 1 : Nombre de familles et d'enfants participant à l'étude.

Parmi ces douze enfants, huit (soit 66.6%) bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre du CMPP. Cinq enfants (soit 42 %) présentent un Trouble Spécifique du Langage Ecrit (TSLE), 3 autres présentent une TSLE associé à un Trouble Déficient de l'Attention (TDA, 25%), 2 enfants un TSLE associé à un Trouble Développementnel du Langage Oral (TDLO), 1 enfant (Cycle 1) avec un TDLO et 1 enfant présentant un TDA avec Hyperactivité (TDAH).

Répartition de la population de l'étude

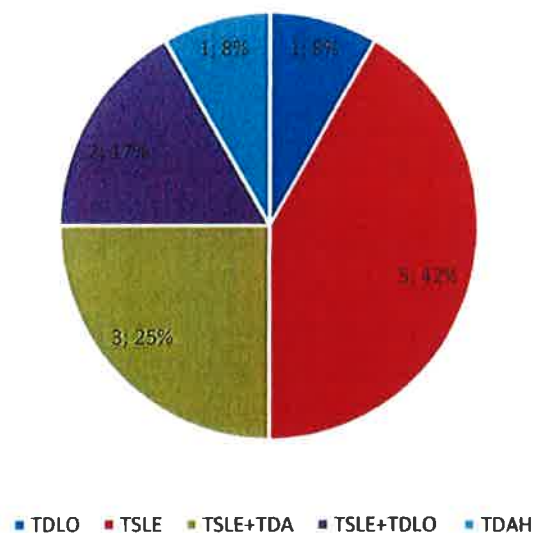


Figure 2 : Répartition de la population de l'étude.

Onze sur douze, soit la grande majorité des enfants (91.6 %), sont scolarisés en cycle 2, une seule en cycle 1, **tous en classe ordinaire**. Aucun enfant n'a été maintenu durant leur début de scolarité. Trois enfants de cycle 2 (soit 25 %) bénéficient d'un PPRE, aucun d'un PAP.

Ainsi, nous constatons que dans l'échantillon d'enfants participant à cette étude, il y a une part importante d'enfants présentant un TSLE et un TDA(H).

VIII Résultats

a) Questionnaire Enseignants (cf. annexe n°7)

Comme nous l'indiquions précédemment, 15 questionnaires enseignants ont été adressés pour 14 retours, soit 93.3%.

- Communication

A la question, connaissez-vous le dispositif du Pôle Ressource de la circonscription, seulement un enseignant sur quatorze en a connaissance, soit 7.14%. **Quant au nouveau dispositif associant l'équipe du CMPP, aucun.**

Connaissance du dispositif Pôle Ressource

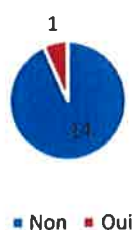


Figure 3 : Connaissance du dispositif du Pôle Ressource

Malgré la note de service adressée par l'IEN aux enseignants de la circonscription, **la communication fait défaut et reste à construire**. Alors que l'aide aux élèves en difficultés est pourtant le principal axe du projet de circonscription, ce résultat montre la nécessité de communiquer et d'accompagner -si possible- les équipes pédagogiques de manière plus directe et plus importante par les équipes de circonscription et celles du RASED.

- Ancienneté des enseignants

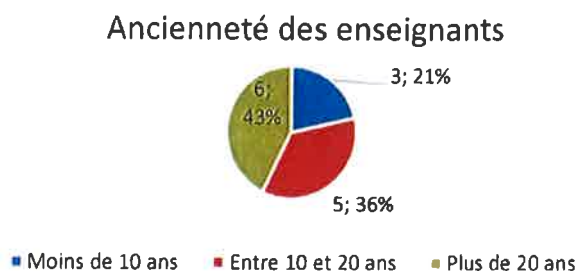


Figure 4 : Ancienneté des enseignants.

Il est à noter que plus de $\frac{3}{4}$ des enseignants sont expérimentés, comptant plus de 10 ans d'ancienneté (79%). Ils accueillent ou ont accueillis dans leurs classes un certain nombre d'élèves à besoins éducatifs particuliers (9,7% en moyenne) pour lesquels des contrats (PPRE, PAP, PAI et PPS) sont formalisés.

- Articulation avec les dispositifs d'appui

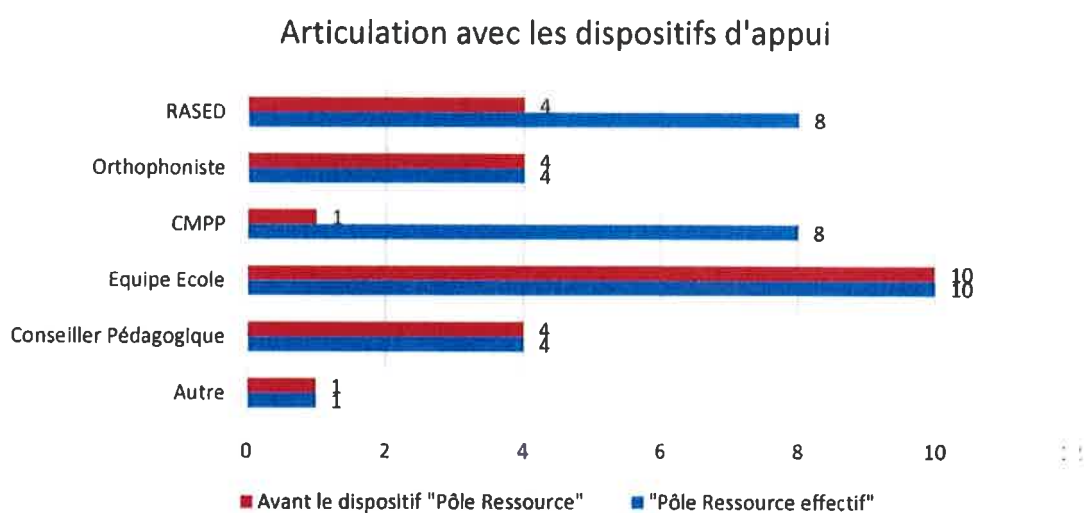


Figure 5 : Lien avec les « dispositifs » d'appui

Avant la mise en place effective du pôle ressource, les enseignants allaient solliciter en premier lieu leurs collègues (10/14 ; 71.4%) concernant des conseils de mise en œuvre d'adaptations pédagogiques pour les élèves en difficultés dans leur classe. Il est à noter que le lien réalisé avec un orthophoniste libéral se situe au même niveau que les liens réalisés avec le RASED ou les conseillers pédagogiques (4/14 ; 28.5%).

Avec la mise en place effective du pôle ressource, nous constatons une majoration très forte (x8) du lien avec les équipes du CMPP concernant la mise en œuvre des aménagements pédagogiques. Nous notons aussi, et c'est un effet positif de la procédure remplaçant le RASED en première intention, c'est une revalorisation du lien avec les Réseau d'Aide Spécialisé. Cela rejoint un de nos constats de départ (p. 22). C'est la raréfaction des effectifs affectés en RASED qui a progressivement fait s'étioler les demandes d'aide des enseignants auprès d'eux.

- Mise en place des adaptations pédagogiques

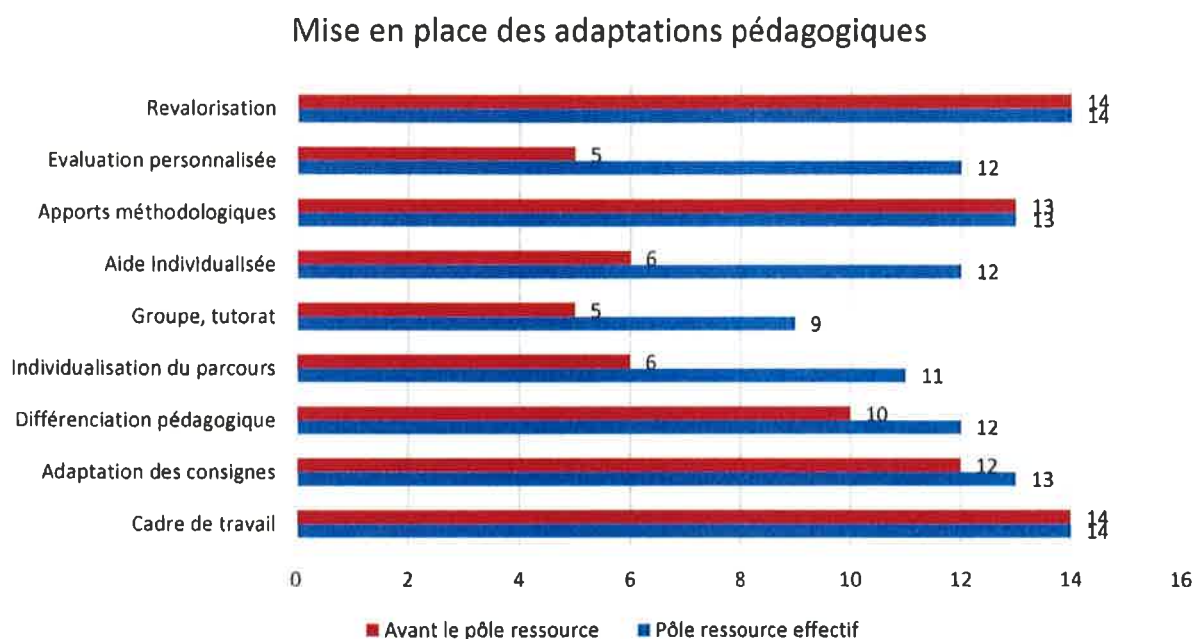


Figure 6 : Mise en œuvre des adaptations pédagogiques (selon Gombert et Roussey)

Des adaptations généralistes aux aménagements plus spécifiques

En amont de la mise en place du dispositif :

Les enseignants adaptent en premier lieu le cadre de travail (placement de l'élève dans la classe, conditions matérielles, utilisation d'outils spécifiques) couplé à une revalorisation de type encouragements ou encore la mise en place d'activités pour mettre l'élève en situation de réussite. Dans la grande majorité, ils apportent aussi des apports méthodologiques, du type gestion des cahiers, du cahier de texte (92.3%) couplé à de la valorisation de chaque réussite

(85%). L'adaptation des consignes est la cinquième adaptation la plus fréquente, les enseignants étant très attentifs à la compréhension de celles-ci et donc à l'entrée dans l'activité pédagogique proposée.

Par contre, moins de la moitié des enseignants « s'autorisent » la mise en place d'un parcours personnalisé, plus spécifique, que ce soit une aide individualisée durant l'activité (42.8%), la mise en place d'objectifs différents (42.8%) ou encore d'une évaluation individualisée (35.71%). **L'entraide entre élèves (tutorat, travail en groupe) mais surtout l'observation des compétences de l'élève sont moins utilisées comme modalités d'adaptation.** Ainsi, il semble alors difficile de mettre en place des adaptations spécifiques aux besoins de ces élèves.

Avec la mise en place du dispositif :

Nous constatons que si les adaptations généralistes restent prégnantes, des adaptations plus spécifiques aux difficultés rencontrées par les élèves sont mises en œuvre. **Prenant en compte les préconisations émises par les professionnels du Médico-Social** mais également leur expérience en tant que professionnel de la pédagogie, quatre types d'adaptations plus personnalisées sont mises en œuvre :

- Les enseignants s'autorisent un parcours « personnalisé », plus proche des compétences des élèves (78.5%),
- Les adaptations en cours de séance et/ou pour l'évaluation apparaissent désormais systématisées (85.7%)
- L'entraide entre élèves (tutorat, travail en groupe) et **surtout l'observation des compétences de l'élève**, comme points d'appui se généralisent. **Evaluant plus précisément les compétences des élèves pour lesquels des aménagements sont préconisés, il semble alors plus facile de mettre en place des adaptations spécifiques aux besoins de ces élèves.**

Des adaptations plus spécifiques

Nous reprenons ici les données émanant de la figure n°2 page 26. Nous avons donc :

- 10 enfants avec un TSLE, avec ou sans trouble associé,
- 4 enfants ayant un TDA ou un TDAH, avec ou sans trouble associé,
- 3 enfants ayant un TDLO, avec ou sans trouble associé.

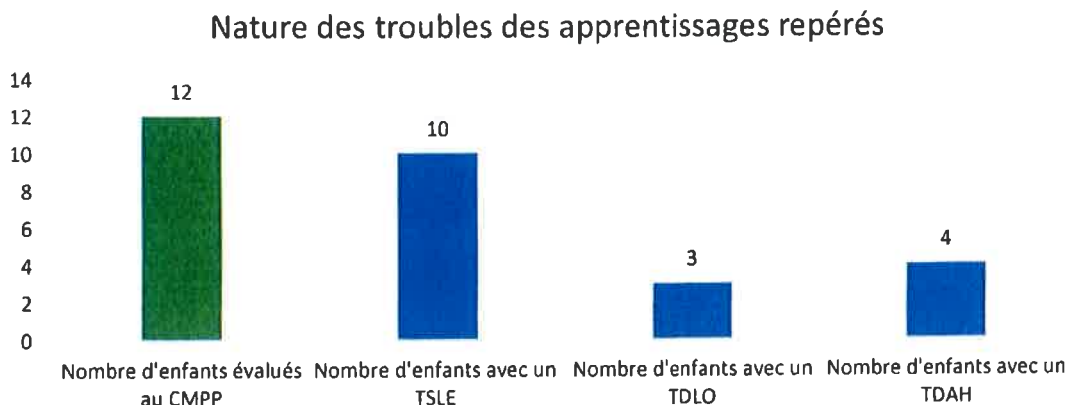


Figure 7 : Nature des troubles des apprentissages repérés

A partir des compétences de l'élève et non plus de ses déficits, les trois tableaux suivants présentent les préconisations émises par les professionnels du CMPP en fonction du(es) trouble(s) de l'enfant.

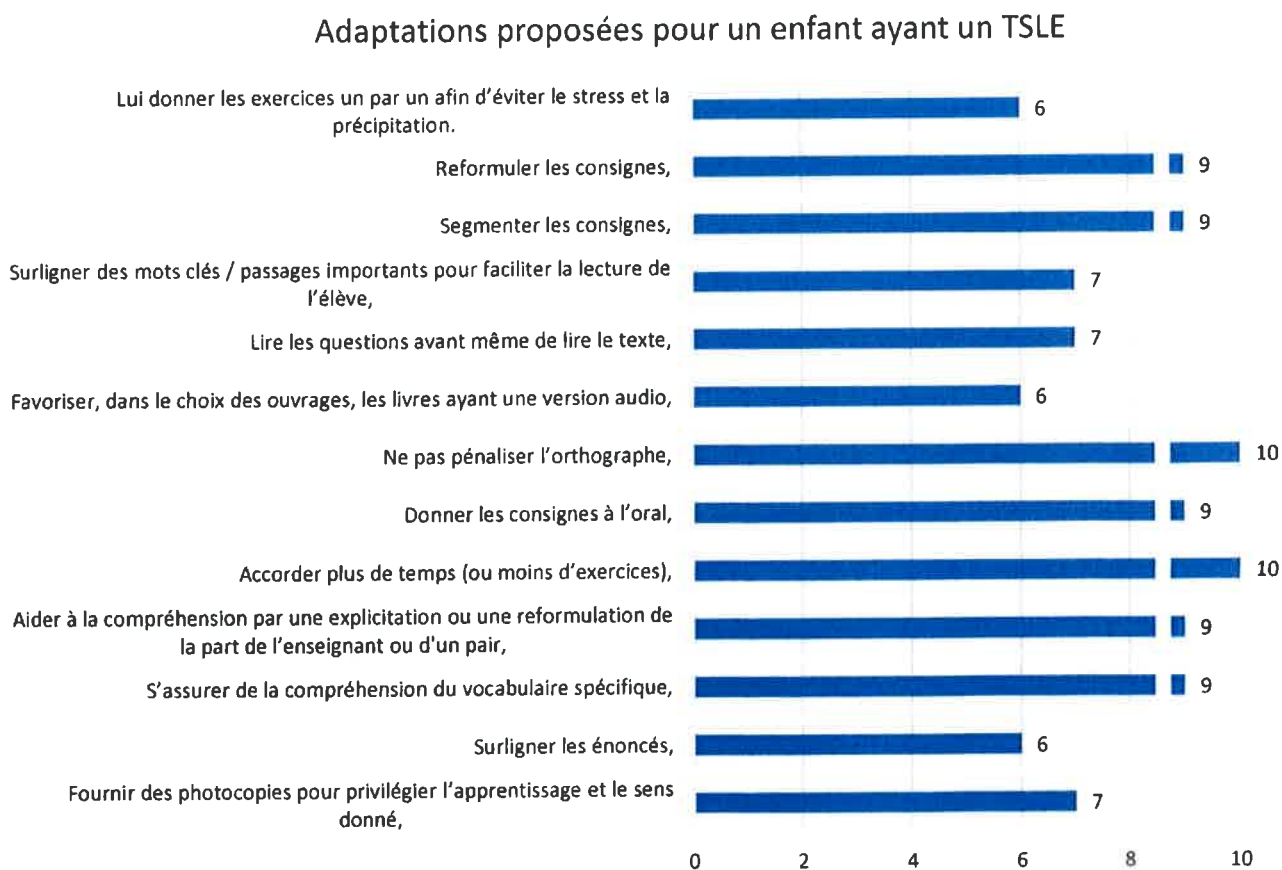


Figure 8 : Adaptations proposées pour un élève avec TSLE

Adaptations proposées pour un enfant ayant un TDLO

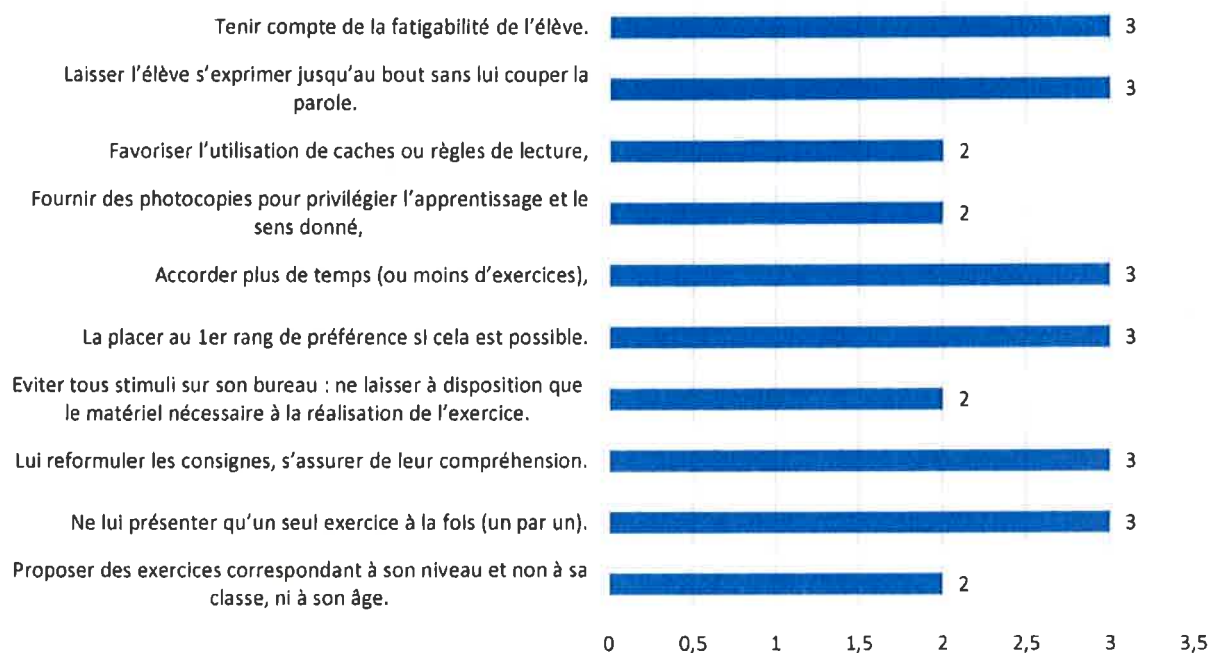


Figure 9 : Adaptations proposées pour un élève avec TDLO

Adaptations proposées pour un enfant ayant un TDA(H)



Figure 10 : Adaptations proposées pour un élève avec TDA(H)

Le repérage précoce des troubles des apprentissages couplés aux conseils émis par l'équipe du CMPP facilitent bien la mise en place d'adaptations ciblées dans le cadre scolaire, comme nous l'envisagions dans l'hypothèse n°1.

Qu'est-ce qui a précisément aidé les enseignants à mettre en œuvre ces adaptations pédagogiques ?

- Aides aux adaptations pédagogiques en classe

Aide à la mise en oeuvre des adaptations pédagogiques

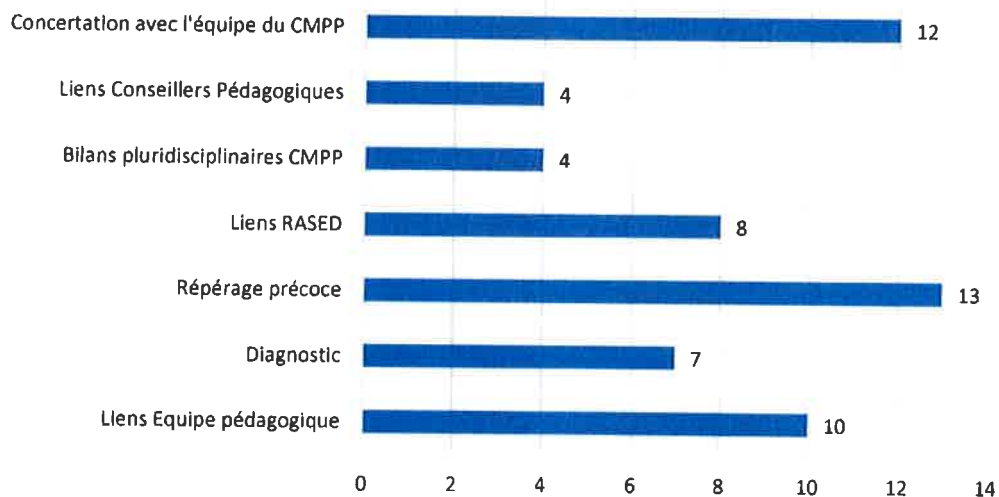


Figure 11: Aides à la mise en œuvre des adaptations pédagogiques

Trois éléments apparaissent facilitateurs et appui pour les enseignants dans leur classe :

○ 1. **La mise en place d'un repérage précoce (92.8%)** est réalisée via cette expérimentation. Suite à l'alerte des enseignants, la mise en place d'une observation rapide par les membres du RASED en classe couplée, à des bilans pluridisciplinaires réalisés au CMPP permet de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les élèves. **Des aménagements rapides et ciblés (cf. paragraphe précédent) peuvent ainsi se mettre en place en évitant un retentissement psychologique secondaire chez l'enfant.**

○ 2. **Le temps de concertation et les liens réalisés avec l'équipe du CMPP (85.7%)** sont prégnants dans la mise en place des adaptations. Les conseils en lien avec le

trouble au sein du groupe classe sont davantage mis en avant que les bilans réalisés (28.5%) qui apparaissent « *trop techniques* » pour les enseignants.

o 3. **La confirmation de l'appui de l'équipe pédagogique (71.4%)** au sein de l'école. Si on peut s'interroger sur l'effectivité des cycles dans les parcours des élèves, la question du traitement de la difficulté scolaire se pense en équipe via les conseils de maître ou les conseils de cycle en particulier.

Nous constatons aussi que les liens avec le RASED (57.1%) sont revalorisés via cette expérimentation car ils interviennent en entrée du parcours.

Si le repérage précoce apparaît aidant, ce n'est pas la formulation du diagnostic médical (50 %) qui est première pour les enseignants. **En effet, comme nous venons de le voir, ce sont avant tout les échanges réalisés avec les thérapeutes et l'équipe du RASED qui apparaissent comme les plus soutenant.**

Comment ces aménagements pédagogiques sont ensuite mis en place ? Avec quels outils ?

- **Outils de mise en œuvre des aménagements pédagogiques**

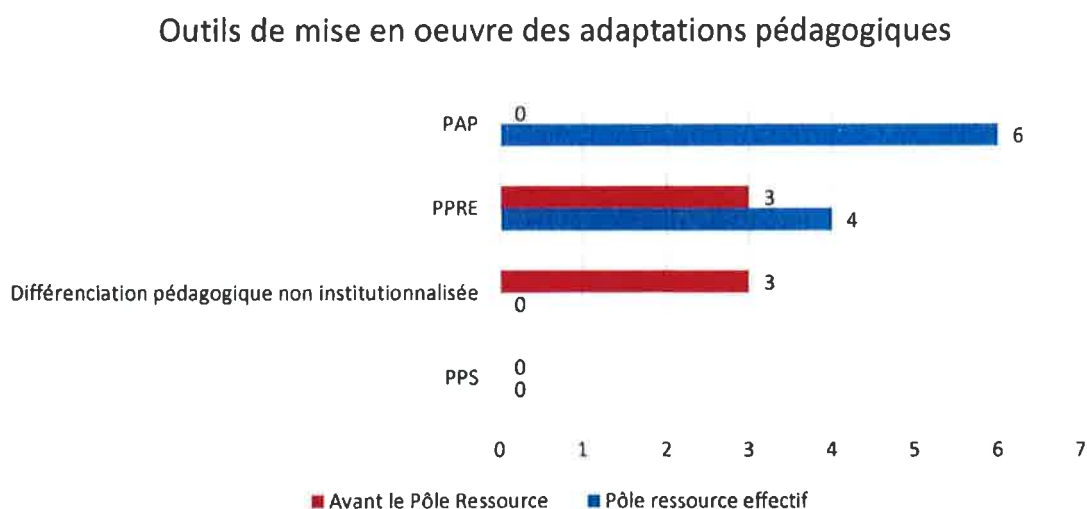


Figure 12 : Outils de mise en œuvre des adaptations pédagogiques

En amont de l'expérimentation, 6 élèves bénéficiaient d'aménagements :

- o 3 sous la forme d'un Projet Personnalisé de Réussite Educative (P.P.R.E).
- o 3 autres sous une forme non institutionnalisée, « au fil de l'eau ».

Suite à l'expérimentation et en particulier aux temps de concertations entre les enseignants, l'équipe du CMPP et l'équipe du RASED :

- 7 élèves ont un dossier de Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) validés ou en cours de validation. Celui-ci va leur permettre de bénéficier d'aménagements pédagogiques durant toute leur scolarité, si nécessaire. Il est intéressant de noter que c'est pour les enfants avec un trouble associé que le dossier de PAP s'est mis en place prioritairement (TSLE+TDA, TSLE+TDLO), à l'exception de l'enfant de maternelle présentant un TDLO massif où le critère de sévérité a semble-t-il primé.

- 3 autres élèves ont un PPRE (TSLE isolé).

Cette expérimentation a permis de majorer de manière très importante l'utilisation d'outils institutionnels dans le cadre d'adaptations pédagogiques (x4).

Que répondent les enseignants à la question des conditions ou à contrario des obstacles à cette coopération avec l'équipe du CMPP ?

- Conditions de mise en œuvre d'une coopération avec une équipe du médico-Social

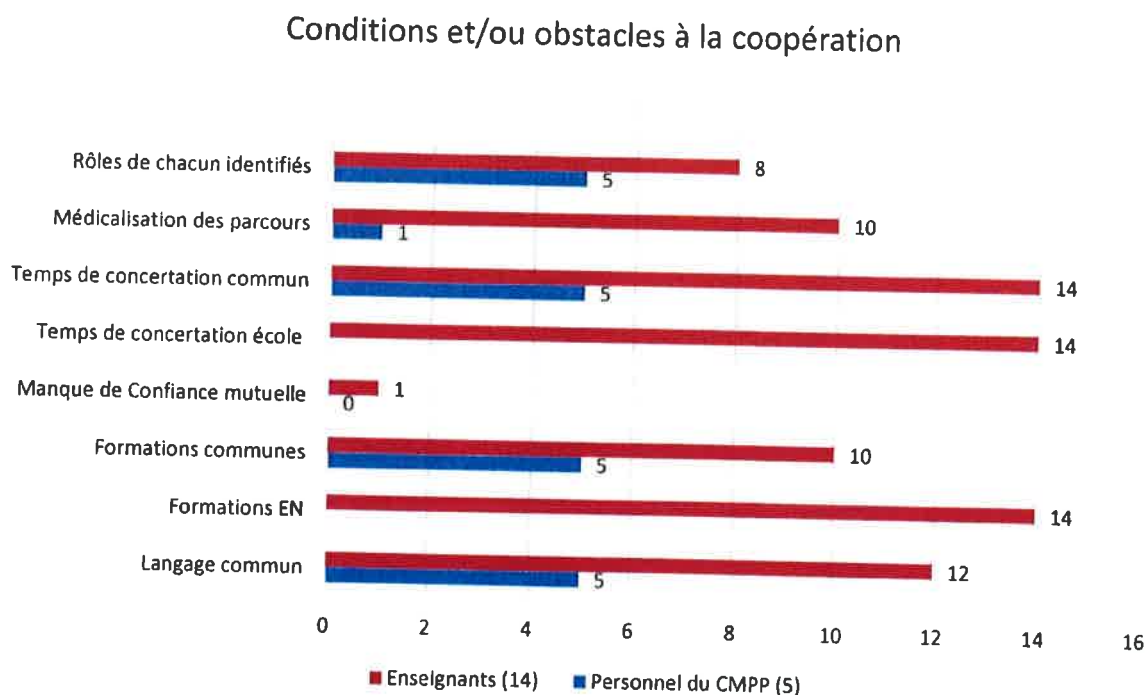


Figure 13 : Conditions et/ou obstacles à la coopération Ecole/CMPP via le Pôle Ressource

Trois critères apparaissent dans la figure n°13 comme des obstacles majeurs ou des axes de progrès indispensables :

- **1. Le manque de temps de concertation en interne** en école, qui fait écho à la figure 5 (Lien avec les « dispositifs d'appui »), où la question des aménagements pédagogiques est avant tout pensé en équipe par les enseignants

- **2. L'absence de temps de concertation avec l'équipe du CMPP** (ou d'autres professionnels institutionnels ou libéraux). « *Le temps d'échange en Equipe Educative est insuffisant. Il ne permet pas d'échange véritable : le plus souvent, la réunion se résume en un simple partage des difficultés de l'enfant couplé aux objectifs définis par chacun.* » écrit une collègue enseignante (cf. annexe n°3). **La coordination est possible lors des réunions instituées par la loi, mais la communication entre les professionnels reste insuffisante, par manque de temps dédié à un réel travail collaboratif pourtant indispensable.** Ce point est d'ailleurs complètement partagé par l'équipe du CMPP.

- **3. Le manque de formation des enseignants. 100% des enseignants interrogés** font remonter ce besoin. Ils ne sont pas suffisamment formés à la connaissance des troubles des apprentissages et aux adaptations spécifiques à mettre en œuvre. « *C'est un paradoxe de l'école inclusive. Au moment où nous avons certainement le plus besoin de formations « spécialisées » pour accompagner tous et chacun, elles disparaissent quasiment de l'offre de formation départementale.* », relève un enseignant en marge du questionnaire.

Deux autres besoins apparaissent ensuite :

4 et 5. La mise en place de **formations communes**, croisées EN et médicosocial afin de constituer **un langage commun**. « *Nombre de familles nous apportent des bilans réalisés au CMPP par les thérapeutes. Trop techniques, ils ne nous sont pas utiles à la mise en place d'aménagements en classe.* » déclarent de nombreux enseignants aux professionnels du CMPP lors des réunions mises en œuvre via le pôle ressource. Ce qui induit, en retour, une vraie **démarche d'amélioration de la communication de la part des thérapeutes du CMPP**, à l'attention des enseignants mais aussi et avant tout des familles. Les enseignants sont en demande de **préconisations adaptées au groupe classe**.

Le questionnaire montre un obstacle, **de la part des enseignants, la crainte d'une dérive, d'une médicalisation du parcours de l'élève** (71.48%), prenant le dessus sur le volet

pédagogique. **L'identification des rôles de chacun**, à 57.1% et à 100% pour les professionnels du CMPP participe au même registre de **respecter les professionnalités de chacun**.

En mettant en place :

- **une procédure de repérage précoce des difficultés des élèves aux cycles 1 et 2 en conviant l'équipe pluridisciplinaire du CMPP aux réunions du pôle ressource,**
- **suivi de temps de concertation indispensables entre l'équipe du CMPP et les enseignants,**

le pôle ressource expérimental favorise bien l'émergence d'un diagnostic précoce essentiel et la mise en œuvre des adaptations pédagogiques en classe.

b) Questionnaire Parents, équipe de professionnels du pôle ressource

Comme nous l'indiquions précédemment, un second questionnaire, en ligne celui-ci via Google Forms. a été proposé (Cf. Annexe n°8) :

- aux parents (15).
- à l'équipe de circonscription (5), composée de l'inspecteur de circonscription, d'une psychologue scolaire, d'enseignant spécialisé du RASED et de conseillers pédagogiques,
- à l'équipe du CMPP intervenant sur le pôle ressource (5), thérapeutes, enseignante spécialisée et directeur pédagogique.

Intéressons-nous, tout d'abord, aux attentes des parents par rapport à ce projet.

- Attente des parents

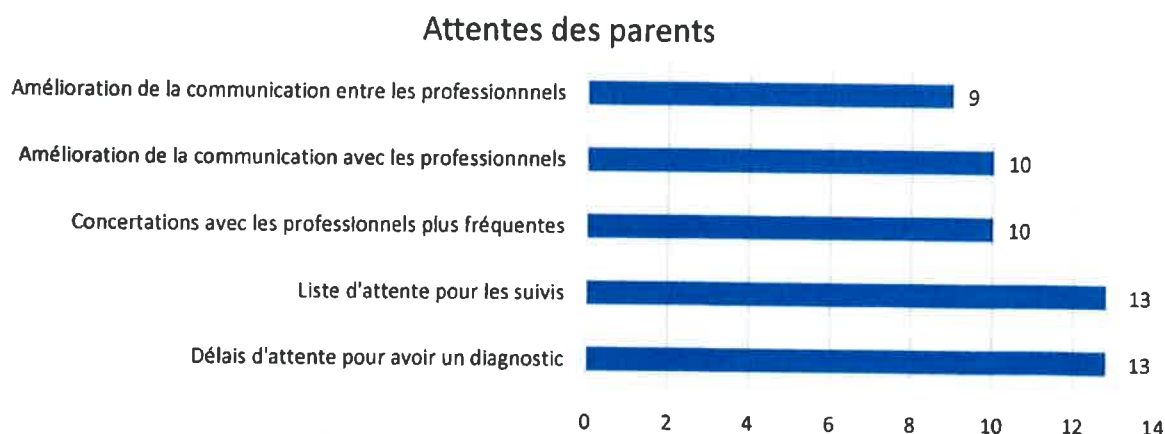


Figure 14. Attente des parents (15)

Lorsque nous nous intéressons aux attentes des parents afin d'améliorer l'accompagnement de ces enfants présentant un trouble des apprentissages, le problème principal concerne les **délais d'attente trop importants pour avoir un diagnostic et mettre en place une prise en charge rééducative au CMPP** (86.6%). Ils regrettent également le manque de proximité des soins dans notre département rural en relevant les temps de déplacements trop importants pour une séance de rééducation. Ainsi, la procédure expérimentale de priorisation de prise en charge sous 6 mois, via le pôle ressource, devrait permettre une amélioration de ce dernier point, en tout cas pour les enfants concernés.

Nous retrouvons aussi comme thématique commune aux enseignants **une amélioration de la communication entre les différents protagonistes (66.6%), au travers de rencontres plus fréquentes entre tous les professionnels** pour réellement se concerter et travailler plus en collaboration.

Plus de cohésion et de concertation entre les professionnels est également souhaité en ce qui concerne les outils et différents moyens de compensation existants, notamment pour faciliter la scolarisation de l'enfant. Certains parents disent « *se sentir seul* », rechercher les informations par eux-mêmes et souhaiteraient être guidés, informés des démarches à suivre pour aider au mieux leur enfant. Certains parents parlent de « *parcours du combattant* ».

Intéressons-nous désormais aux professionnels du pôle ressource, quels sont leurs ressentis, leurs attentes par rapport à cette expérimentation ?

- Attente des professionnels (EN et CMPP) :

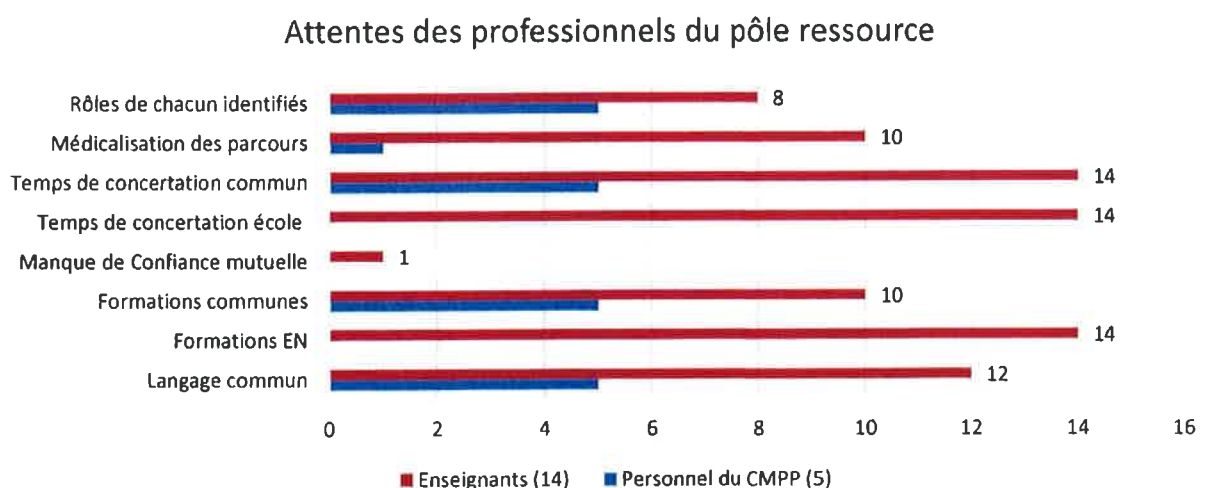


Figure 15. Attentes des professionnels du pôle ressource (2x5 personnes)

Ce qui apparaît en premier, tant au niveau de l'équipe du CMPP que de l'Education Nationale, dans la figure 15 est :

- **Le besoin de formations communes (100%)**
- **Avoir des temps de concertation institutionnalisés (100%).**

Nous retrouvons là les mêmes besoins que les enseignants des écoles.

Une difficulté rencontrée, aussi au niveau des deux équipes, est la « *nécessaire transformation* » en **personne-ressource** pour les enseignants (60% et 80%). Si c'est le rôle propre des conseillers pédagogiques, c'est bien moins évident pour les professionnels du RASED et du CMPP.

Ce point est en écho avec « **l'utilisation d'un langage commun** » souhaité par l'équipe EN (100%). Comme pour les enseignants en classe, les bilans réalisés au CMPP sont très techniques et n'apportent pas d'informations directes sur le profil de l'enfant puis sur les adaptations pédagogiques à mettre en œuvre.

C'est bien **l'identité professionnelle de chacun** qui se trouve interrogée dans cette expérimentation (80% et 100%). Par exemple, les personnels du RASED **ne souhaitent pas « se cantonner » à de l'évaluation (3/3)** mais au contraire **souhaitent continuer à accompagner les enfants (3/3)**.

Cette étude portant sur l'expérimentation d'un appui d'une équipe du CMPP au Pôle ressource de l'Education Nationale semblerait améliorer de manière sensible la collaboration entre les deux partenaires, **comme nous l'envisagions dans l'hypothèse n°2.**

En effet, grâce à un repérage plus précoce et la mise en place de concertation, des adaptations plus spécifiques se mettraient en place au sein de la classe, couplées dans le même temps à des rééducations en lien avec les troubles repérés chez les enfants, ce qui confirme notre première hypothèse.

Pour autant, des freins importants entravent le travail collaboratif, essentiellement le manque de communication et de moyens : temps de concertation et formation des enseignants, voir de formations communes.

IX Discussion

Interprétation des résultats

Nous ferons ici une synthèse des résultats obtenus en regard des hypothèses émises.

1. Ce dispositif expérimental favorise l'émergence d'un diagnostic précoce essentiel et la mise en œuvre des adaptations pédagogiques en classe.

Comme le notait Catherine Billard en 2017, nous avons retrouvé dans cette étude que cette expérimentation favorise le diagnostic et **plus encore le repérage précoce des troubles des apprentissages.**

C'est un élément facilitateur à la mise en place d'adaptations ciblées dans le cadre scolaire, d'autant plus qu'il est indispensable à la formalisation des contrats de type PPRE et PAP, qui nous l'avons noté, sont très fréquents pour ces enfants. (Cf. paragraphe « des adaptations généralistes aux aménagements plus spécifiques », page 28)

Aussi, même s'il est demandé aux enseignants de partir des compétences de l'élève et non plus de ses déficits, nous voyons que le repérage précoce et **les préconisations émises par les professionnels du Médico-Social en termes d'aménagements scolaires sont indispensables,** même si les enseignants se basent aussi sur les besoins identifiés dans le contexte scolaire (Le Flem et Gardie, 2011).

Cette première hypothèse apparaît donc validée.

2. La mise en œuvre du dispositif expérimental autour du Pôle Ressource améliore la collaboration entre enseignants et équipes du médico-social.

Il apparaît, dans cette étude, que les pré-requis à la mise en place d'un travail multiprofessionnel semblent désormais en place. En effet, l'utilisation **d'un langage compris de tous** comme le souligne Emery (2014) semble possible et apparaît même en progression. De plus, une assez **bonne relation de confiance entre les professionnels des différents secteurs et les parents est décrite** même si des limites ont été relevées, comme Guirimand et Mazereau (2016) le décrivent.

Néanmoins, un réel travail de collaboration multiprofessionnel semble encore difficile à mettre en place. En effet, malheureusement, comme le notent Chauvière et Plaisance en 2008, les actions de chaque acteur tendent encore à se juxtaposer, les adaptations ne sont pas forcément mises en place et réajustées après des concertations, les enseignants ne connaissent pas les objectifs visés lors des prises en charge rééducatives. Le manque de formation des enseignants, le manque de temps pour échanger décrits par Berzin (2015) sont retrouvés dans cette étude.

Aussi, comme le préconisent Benoit (2012) puis Guirimand et Mazereau (2016), **il semble indispensable que les professionnels du Médico-Social élargissent autant que possible les limites de leur professionnalité en développant un rôle plus important de « personne ressource »** auprès des parents et des enseignants. C'est justement cette fonction qui est jugée difficile par les professionnels du Pôle ressource.

Il apparaît donc important de multiplier ce type d'expérimentation afin que **« les zones de recouvrements »** (Thomazet, Mérini et Gaime en 2014) correspondant, de mon point de vue, aux compétences complémentaires des équipes de l'EN et du médico-social, **puissent s'élargir**.

Il s'agira, ensuite, dans les comptes-rendus de bilans, de proposer des préconisations plus spécifiques aux besoins particuliers de cet enfant qui devront être articulées avec les outils existants tels que le PPRE ou le PAP. Ensuite, il convient **de rencontrer plus fréquemment les parents et les enseignants pour réellement échanger sur les objectifs et les avancées du travail rééducatif mais également se concerter sur les besoins précis de l'enfant et réfléchir ensemble aux adaptations les plus pertinentes, dans le cadre du contrat de formalisation le plus approprié**. Cela permettrait ainsi d'éviter de tomber dans certains fonctionnements consistant à proposer un listing exhaustif d'aménagements auxquels « il a droit »..

Enfin, les professionnels du Médico-Social, de par leur expertise, pourraient proposer des **informations sur le trouble, son hétérogénéité et ses répercussions possibles sur la scolarité et la socialisation de l'enfant, en s'appuyant sur des études de cas, permettant d'envisager des exemples concrets d'aides à mettre en place**.

Ainsi, les parents, enseignants et professionnels du Médico-Social communiquant plus, pourraient réellement accompagner ensemble l'enfant au sein d'une démarche collaborative afin d'améliorer ses conditions de scolarisation et favoriser son inclusion sociale, objectifs qui ne sont qu'esquissés dans cette expérimentation.

Limites de cette étude

Nombre de limites entourent cette étude :

- **Taille de l'échantillonnage :**

L'échantillon ayant participé à cette étude est très faible, que ce soit au niveau des effectifs des enfants en difficultés (15), d'enseignants (15) et plus encore de l'équipe de circonscription (5) ou du CMPP (5). De ce fait, les résultats obtenus sont largement à nuancer.

- **Composition de l'échantillon :**

Comme nous l'indiquions déjà en première partie, l'étude a porté sur une quinzaine d'enfants émanant de trois réunions du pôle ressource. Aucun élément de statistique de population n'a joué dans la composition de l'échantillon.

- **Elaboration des questionnaires :**

La perception des enfants eux-mêmes n'a pas été envisagée, alors qu'elle aurait pu amener des informations supplémentaires, en particulier sur la modification de leur propre regard suite au diagnostic posé et au processus de revalorisation relancé grâce à la mise en place d'adaptations pédagogiques abaissant de ce fait la pression scolaire.

- **Etude des résultats :**

Les résultats se basent sur du déclaratif via les réponses à des questionnaires et non des analyses de faits observés. Il s'agit donc d'une analyse des avis, du ressenti des parents et enseignants d'enfants à partir de leurs vécus respectifs.

De plus, de nombreuses questions sont accompagnées de propositions de réponses. Il était possible de cocher toutes les propositions avec la même intensité de réponse. Une gradation entre les propositions aurait été plus opportune.

Conclusion

Cette étude vise à faire un premier **bilan qui s'avère positif** d'une expérimentation d'appui d'une équipe du médico-social, ici un CMPP, aux équipes du pôle ressource et aux équipes pédagogiques des écoles. Elle révèle l'importance d'un **repérage précoce** déterminant pour mettre en œuvre un **parcours associant rééducation du trouble ET adaptations pédagogiques, avec la participation de l'enfant et de sa famille**. Dans ces conditions, l'Ecole et le Médico-Social, habitués à travailler « dos à dos » ont pu **se rapprocher et apprendre à collaborer** « dans un souci de cohérence éducative » (Chauvière et Plaisance, 2008).

Il reste un certain nombre d'objectifs à atteindre. En premier lieu -et **c'est de mon point de vue l'enjeu majeur**- comme l'indique Emery en 2014, **la nécessité d'utiliser un langage commun comme condition à un travail d'équipe multi professionnelle** afin de construire des concepts et des actions communes.

Cela devrait passer notamment par **la mise en place de formations croisées, communes afin de construire cette « culture partagée »**, comme l'évoquent Chauvière et Plaisance en 2008.

Cette étude relève que le travail **pluridisciplinaire reste insuffisant**, non par manque de volonté des différents professionnels, mais **par manque de moyens**. En effet, la coordination est possible lors des réunions instituées par la loi, **mais la communication entre les professionnels reste insuffisante, par manque de temps dédié à un réel travail collaboratif pourtant indispensable**.

Enfin, pour améliorer les conditions de l'école inclusive, **l'Ecole devrait s'adapter aux besoins spécifiques de chacun** de ses élèves et **les professionnels du Médico-Social, « experts des troubles », doivent contribuer à la scolarisation ordinaire** de ces enfants (Benoit, 2012).

De mon point de vue, **les équipes du Médico-Social ont un rôle primordial à jouer pour améliorer ce travail de collaboration indispensable à l'accompagnement de ces enfants à besoins particuliers**.

Des initiatives locales existent. En dépit des limites rencontrées, **le dispositif d'appui au pôle ressource en est assurément un**. D'autres se développent. Ainsi, depuis la rentrée scolaire 2019, les premières équipes mobiles d'appui médico-social aux établissements scolaires pour la scolarisation des enfants en situation de handicap ont été mises en place en Occitanie.

Bibliographie

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2015). DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème ed.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- BEAUREGARD, F. et KALUBI, J.-C. (2011). Améliorer la collaboration entre les milieux scolaire et de réadaptation : besoins des intervenants. *Service social*, 57(2), 158-172
- BENOIT, H. (2012). Pluralité des acteurs et pratiques inclusives : les paradoxes de la collaboration. *La Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation*, (57), 65-78.
- BERZIN, C. (2015). De l'intégration à l'inclusion. Quelques exemples d'évolution dans l'accueil en classe ordinaire à l'école et au collège des élèves en situation de handicap. *La Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation*, (70-71), 79-92
- CHAUVIÈRE, M et PLAISANCE, E. (2008). Les conditions d'une culture partagée. *Reliance*, 31-44
- CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019 relative à la création d'équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap.
- EMERY, R. (2014). Un langage commun, condition du travail en équipe multi professionnelle ? *La Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation*, (65), 41-53.
- GOMBERT, A., Sylviane FEUILLADIEU, Pierre-Yves GILLES et Jean-Yves ROUSEY, (2007) « La scolarisation d'élèves dyslexiques sévères en classe ordinaire de collège : lien entre adaptations pédagogiques, points de vue des enseignants et vécu de l'expérience scolaire des élèves », *Revue française de pédagogie*.
- GUIRIMAND, N., & MAZEREAU, P. (2016). La coordination des parcours de jeunes en situation de handicap. Des professionnels se positionnent en contexte inclusif. *Spirale, Revue de Recherches en Education*, (57), 93-107.
- HABIB, M. (2014). *La constellation des Dys*. Bruxelles: De Boeck Solal.
- HAUTE AUTORITE de SANTE. Guide « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. » OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. Mis en ligne le 31 janv. 2018

JO. LOI n° 2005-102 du 11 FEVRIER 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

KARTZ, 1974 in Eduscol Pour aller plus loin dans la notion de compétence :
<http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>

LE BOTERF G., 2004, construire les compétences individuelles et collectives, Paris, Editions d'organisations.

MAZEREAU, P. (2011). Les déterminants des adaptations pédagogiques en direction des élèves handicapés chez des enseignants généralistes et spécialisés. Travail et Formation en Education.

MERINI, C. Travailler en partenariat dans une éducation à la santé. Les cahiers Pédagogiques, (24). <http://www.cahierspedagogiques.com/Trois-obstacles-au-developpement-du-partenariat>

M.E.N Ministère de l'Education Nationale. La loi n°2019-791 pour une « école de la confiance » entérine la création des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL).

O.N.U. Organisation des Nations Unies. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées. 8 janvier 2019

THOMAZET, S., MERINI, C., & GAIME, E. (2014). Travailler ensemble au service de tous les élèves. La Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation, (65), 69-80.

Annexe n°4. TSLA : pyramide des profils de situations et des niveaux de recours aux soins correspondants.

Figure 1. TSLA : pyramide des profils de situations et des niveaux de recours aux soins correspondants

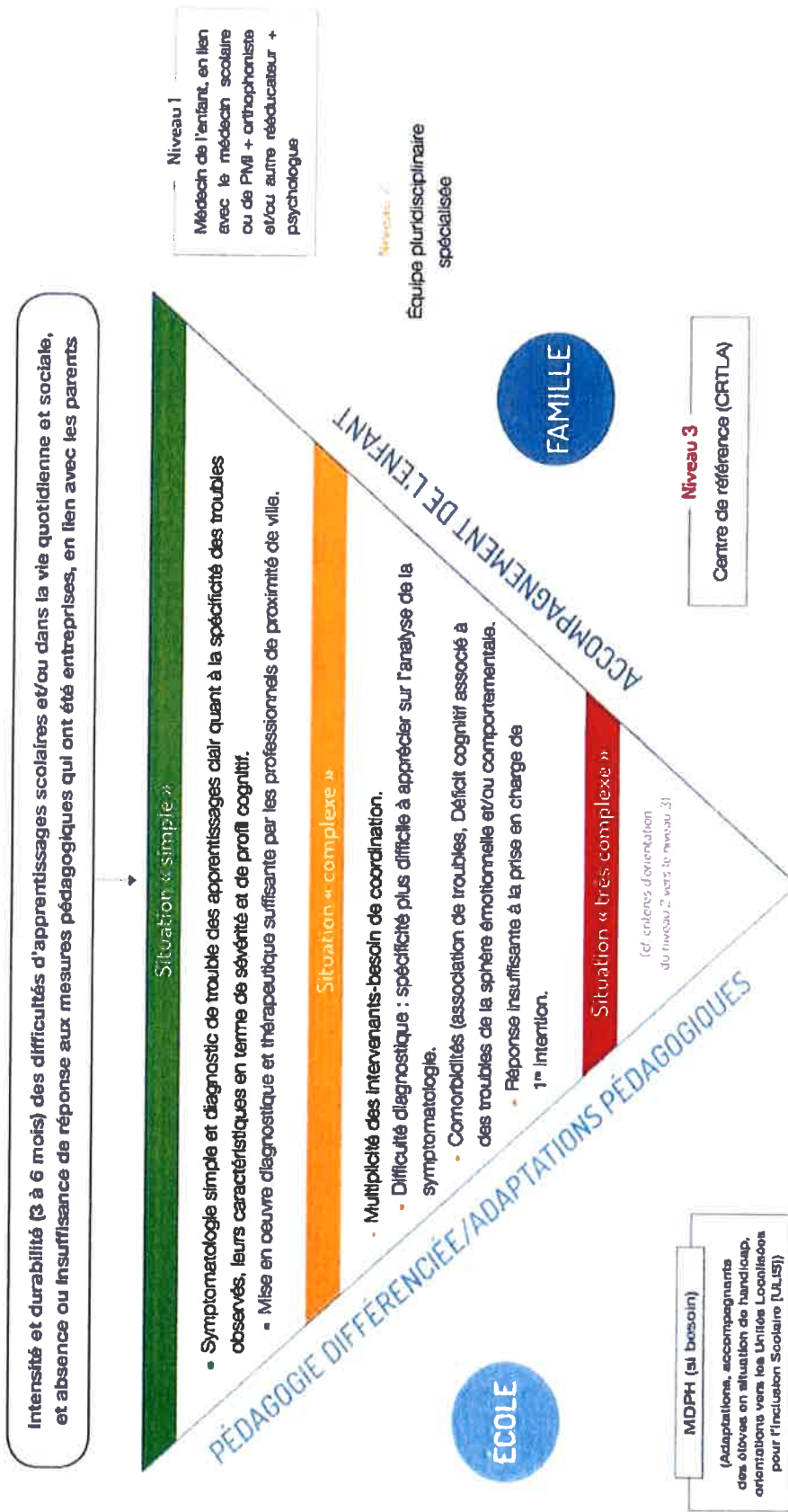
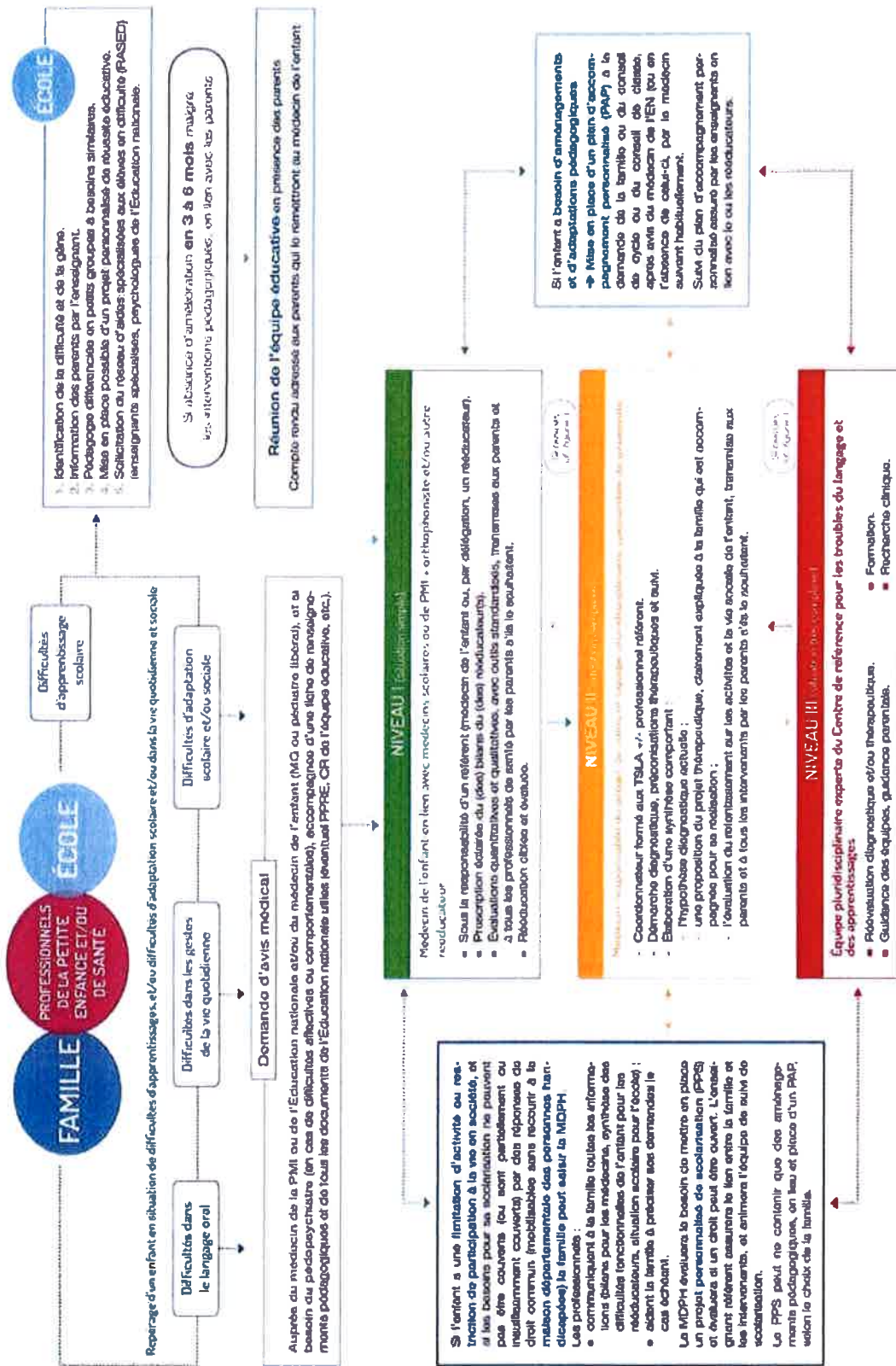
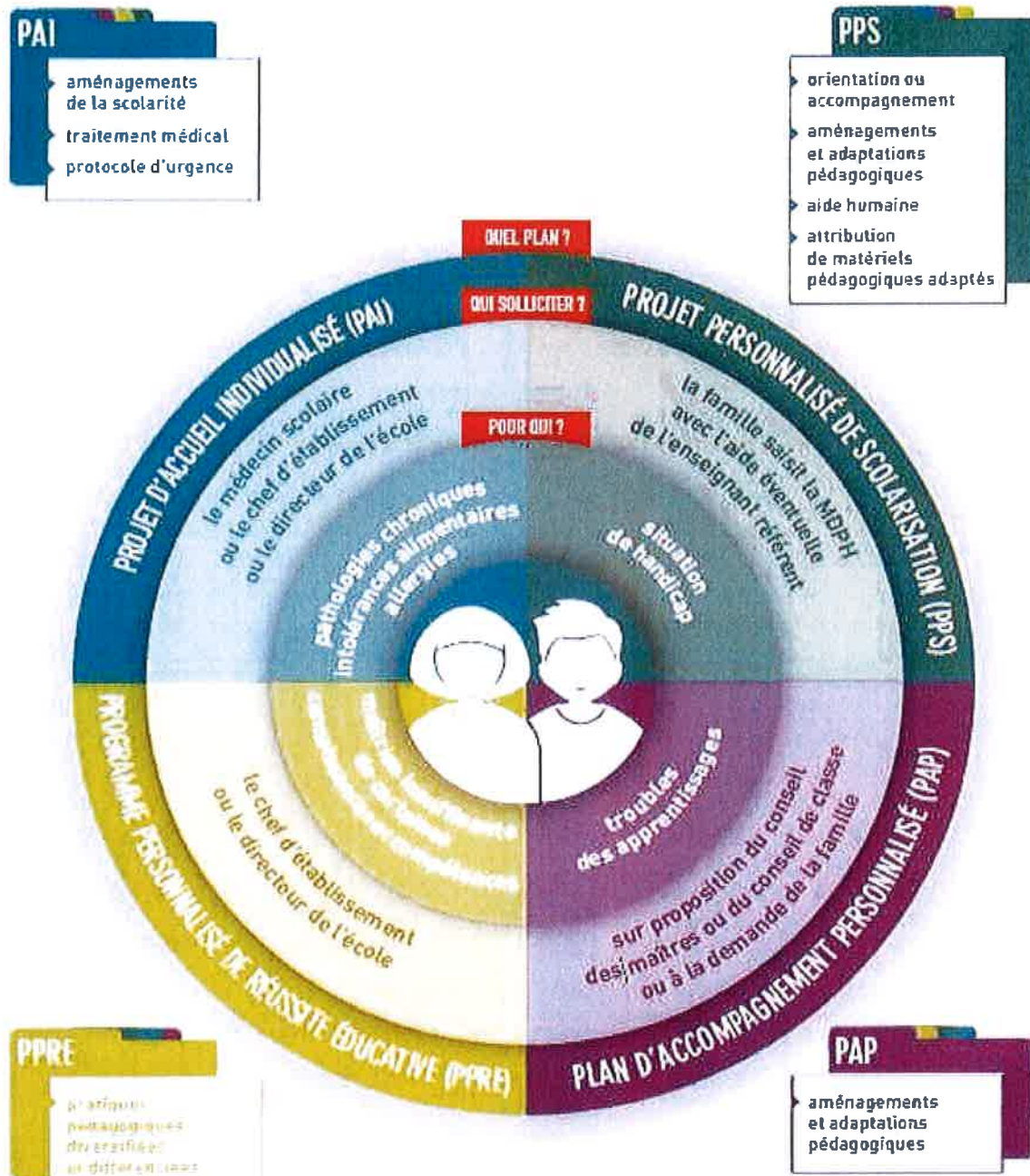


Figure 2. Vue d'ensemble du parcours



Quel plan pour qui ?



Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche / décembre 2014

RÉPONDRE AUX BESOINS ÉDUCATIFS PARTICULIERS DES ÉLÈVES : quel plan pour qui ?

Annexe n°4. Typologie des gestes d'aide. Gombert et Roussey, 2007.

Tableau 1. Typologie des gestes d'aide mis en œuvre par les enseignants du 1^{er} et 2nd degré pour les élèves dyslexiques révoqués scolarisés en classe ordinaire (Gombert & Roussey, 2007)

Catégories et définitions	Illustrations
<p>1. Cadre de travail (annonces mettant l'accent sur une modification des conditions matérielles de travail dans la classe)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placement de l'élève ; • Aménagement des conditions matérielles (utilisation d'outils spécifiques et adéquats pour contourner le handicap, aménagements visibles) 	<p>Élève devant ou près de maître</p> <p>Utilisation d'un <i>lu numérique</i> en mathématiques, d'un aide rétroviseur orthographique, mise à disposition de boîtes de rangement</p>
<p>2. Adaptation de la prescription (annonces dont l'idée témoigne d'une réflexion de l'enseignant sur la prescription, c'est-à-dire les consignes de mise au travail)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consignes prises en charge par l'enseignant • Consignes prises en charge par les élèves 	<p>Réécriture, simplification, simplification</p> <p>Réécriture, reformulation des consignes par l'élève dyslexique, reformulation des consignes par un autre élève ou dyslexique</p>
<p>3. Adaptation des moyens (différenciation pédagogique) aides propres à compenser le handicap spécifique ou l'écriture et l'écriture ou résultant de difficultés associées (notamment d'attention, non autonome cognitive) il s'agit ici, à objectif commun de prendre en compte la particularité de l'élève concerné en adaptant les conditions pour y parvenir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation en rapport à l'activité de lecture : notamment de l'activité elle-même adaptée des supports • Adaptation en rapport avec l'activité d'écriture : notamment de l'activité elle-même adaptée des supports • Adaptation en rapport au temps de travail • Modification de style pédagogique de l'enseignant 	<p>Dispense activité lecture à haute voix, lecture prise en charge par un pair ou par l'enseignant, texte photo copié, typographie adaptée</p> <p>Mise à disposition d'un rétroviseur, réécriture activité prise de notes, photocopie des textes, accompagnement l'élève sur le matériel scolaire, utilisation de boîtes à compléter textes à trous, épreuves</p> <p>Augmentation du temps de réalisation d'exercices en classe ou à la maison</p> <p>Cours plus oralisé, accès mis sur l'expérimentation travaux pratiques, démonstration, l'exemplification</p>
<p>4. Adaptation des parcours (individualisation) regroupe les annonces qui mettent l'accent sur la mise en place d'une individualisation de l'enseignement, c'est-à-dire, autoriser l'élève à ne pas faire la même chose que ses camarades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la somme des savoirs ou des notions à faire acquérir • Choix de matières à enseigner 	<p>Programme à la carte - travail sur fiches lecture CEF par élève de CM2</p> <p>Dispense d'une ou 2 matières</p>
<p>5. Aide des pairs de la classe vers l'élève handicapé (aide institutionnalisée)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travail en groupe • Mise en place de tuteur 	<p>Illustrations ?</p>
<p>6. Guidance et contrôle individualisé de l'enseignant lors de la réalisation d'une tâche regroupe les annonces qui témoignent d'une aide individualisée conduite par l'enseignant pendant son cours ou d'un « regard/contrôle » plus important du travail de l'élève au cours de réalisation. Il s'agit ici de ce que Bruner (1996) nomme le maintien de l'orientation</p>	<p>Répétition des consignes et vigilance accrue (regard plus dans la classe, taper sur le bureau pour « apter » l'attention)</p> <p>Explications supplémentaires individuelles</p>

7. Apports méthodologique et métacognitive
regroupe les énoncés qui témoignent d'un travail effectué dans le domaine des compétences langagières ou métalinguistiques, qui a pour fonction de signaler les caractéristiques déterminantes pour la réalisation d'une tâche (Hroner, 1996)

8. Adaptation à l'évaluation

regroupe les énoncés qui témoignent d'une modification des gestes propres à évaluer l'élève que ce soit au moment des contrôles ou lors de la notation elle-même

• Dans la réalisation de contrôle:

• Dans la notation

9. Revalorisation de l'élève

regroupe les énoncés qui témoignent d'un travail effectué propre à conforter, motiver l'élève en difficulté

10. Absence d'adaptation

11. Réponses inclassables

regroupe les réponses des enseignants déclarant ne pas avoir adapté leurs méthodes d'enseignement ou ne pouvant pas être classées car trop imprécises.

travail sur la tenue de cahier de cours sur la qualité des devoirs à faire

Verbalisation des étapes de travail à réaliser et réalisé

Répétition, simplification des questions/consignes, modification des supports (texte à trous), baisse du nombre d'exercices à réaliser, temps supplémentaire de rédaction accordé, modification des conditions de passation (oral et prise de notes par l'enseignant), contrôle attentif durant l'interrogation, mise à disposition d'un matériel

Notation sur des critères précis, focalisation sur le raisonnement, évaluation formative, travail sur les fautes et les points positifs

Encouragements, renforcements positifs, travail sur le statut de l'erreur

Annexe n°5. Composition du pôle ressource

Les réunions du pôle ressource comportent 10 professionnels :

- Equipe Education Nationale :

- M. L : Inspecteur de l'Education Nationale,
- Mme C : Conseillère Pédagogique généraliste,
- M. E : Conseiller Pédagogique Education Physique et Sportive,
- Mme F : Psychologue scolaire du RASED,
- M. G : Maître E du RASED,

- Equipe du CMPP :

- M. B : Directeur Pédagogique du CMPP,
- Mme C : Enseignante spécialisée du CMPP,
- Mme F : Psychomotricienne,
- Mme J : Psychologue,
- Mme L : Orthophoniste.

Annexe n°6 : Procédure pôle ressource :

Organismes gestionnaires :	Education Nationale et ADPEP		Procédure
Pôle :	Prévention		Repérage précoce
Etablissement concerné :	Circonscriptions 1^{er} degré et CMPP		EN et CMPP

Domaine fonctionnel	1	Droit et projet des élèves
Procédure		Procédure de repérage précoce des difficultés des élèves
Version	1	

Objet de la procédure	Définir les modalités de repérage précoce des difficultés d'apprentissage.
Services concernés	Tous
Professionnels concernés	Tous
Supports matériels et documentation associée	A compléter

Etape	Evènement / Actions	Indicateurs / Outils	Acteur(s)
1	Repérage des difficultés des élèves au C1 et au C2. Suite à un repérage des difficultés d'apprentissage en classe (évaluation nationales, de séquence, ...) liés à une ou plusieurs compétences du socle commun, les enseignants mettent d'abord en œuvre un Projet Personnalisé de Réussite Educative associant les parents et l'élève. En cas de difficultés persistantes malgré la mise en œuvre de d'aménagements pédagogiques, l'enseignant transmet une fiche « de signalement » auprès du RASED.	Evaluations, PPRE, Fiche de signalement,	Enseignants des classes
2	Etude des fiches de signalement au RASED: <ul style="list-style-type: none"> - Phase diagnostique priorisée : conseils à l'enseignant. - Réponse adaptée en fonction de l'analyse des demandes, 	Fiche de signalement, Bilans du RASED Demande d'autorisation de lien aux parents	Réunion d'équipe du RASED Psychologues et maître E des Rased,
3	Réunion du pôle ressource piloté par l'IEN de circonscription : <ul style="list-style-type: none"> - Participation de l'équipe du CMPP avec l'accord des parents - Présentation des situations problèmes des élèves, - Proposition d'aide à l'élève, aux enseignants par l'intervention des CPC et/ou des personnels du RASED, par l'IEN, - Proposition de conseil d'orientation vers le CMPP ou partenaires libéraux (orthophonistes, psychomotriciens, ...) - Proposition de conseil d'orientation vers la MDPH. 	Bilan(s) de l'enseignant et du RASED PPRE	Pôle Ressource piloté par l'IEN, Invitation des professionnels du CMPP,
4	Inscription de l'enfant au CMPP et priorisation de prise en charge (sous 6 mois) : <ul style="list-style-type: none"> - Inscription administrative, - Consultation médicale, - Bilans complémentaires, - Suivis thérapeutiques, - Liens école / aménagements pédagogiques. 	Bilan, avenant, projet thérapeutique, Geckos, tout support nécessaire à la PEC.	Equipe pluri-professionnelle Thérapeute référent Parents Usager

Rédaction		Approbation	
NOM, Prénom :		NOM, Prénom :	
Fonction :		Fonction :	
Visa :		Visa :	
Date :		Date :	

DISPOSITIF EXPERIMENTAL POLE RESSOURCE

- QUESTIONNAIRE ENSEIGNANT

- Ce questionnaire comporte 12 questions sur 3 pages.
- Merci de répondre à toutes les questions.
- Les réponses seront traitées de manière anonyme.

QUESTIONS :

SITUATION PROFESSIONNELLE

1/ Année scolaire 2019/20. Avec quel niveau de classe travaillez-vous cette année ?

Cycle 1 : PS MS GS Cycle 2 : CP CE1 CE2

Dispositif ULIS école

2/ Quel est l'effectif de la classe ?

3/ Quelle est votre ancienneté comme enseignant(e) ?

Moins de 10 ans Entre 10 et 20 ans Plus de 20 ans

ELEVES EN DIFFICULTES

4/ Nombre d'élèves à besoins particulier dans votre classe ?

Moins de 2 Entre 3 et 5 Plus de 5

5/ Nombre de projets personnalisés ?

PPRE : __ PAP : __ PPS : __

6/ Traitement de la difficulté scolaire. Conseils d'aménagements pédagogiques.

Avant la mise en œuvre du pôle ressource :

- RASED CMPP Equipe de circonscription Enseignants Ecole
 Orthophoniste Autres : _____

6 bis/ Traitement de la difficulté scolaire. Conseils d'aménagements pédagogiques.

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- RASED CMPP Equipe de circonscription Enseignants Ecole
 Orthophoniste Autres : _____

8/ Quels types d'adaptations pédagogiques mettez-vous en œuvre (selon Gombert et Roussey) ?

Avant la mise en œuvre du pôle ressource :

- Revalorisation Evaluation personnalisée Aide individualisée
 Apports méthodologiques Groupe, tutorat Cadre de travail
 Individualisation du parcours Adaptation des consignes Différenciation pédagogique

8 bis/ Quels types d'adaptations pédagogiques mettez-vous en œuvre (selon Gombert et Roussey) ?

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- Revalorisation Evaluation personnalisée Aide individualisée
 Apports méthodologiques Groupe, tutorat Cadre de travail
 Individualisation du parcours Adaptation des consignes Différenciation pédagogique

10/ Conseils à la mise en œuvre des adaptations pédagogiques ?

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- Liens RASED Repérage précoce Lien Equipe pédagogique
 Diagnostic Bilans CMPP Liens Conseillers Pédagogiques
 Concertation avec l'équipe du CMPP Autres : _____

11/ Outils de mise en œuvre des aménagements pédagogiques ?

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- Nombre de PPRE : ___
- Nombre de PAP : ___
- Nombre de PPS : ___

12/ Conditions d'une coopération avec une équipe du médico-social ?

- Formation Education Nationale.
- Formations commune médico-social/Ecole.
- Médicalisation du parcours.
- Rôles de chacun identifiés.
- Temps de concertation à l'école.
- Temps de concertation commun.
- Utilisation d'un langage commun.
- Manque de confiance mutuelle.
- Autres : _____

13/ Commentaires libres

Merci beaucoup pour votre participation !

DISPOSITIF EXPERIMENTAL POLE RESSOURCE

- QUESTIONNAIRE ENSEIGNANT

- Ce questionnaire comporte 12 questions sur 3 pages.
- Merci de répondre à toutes les questions.
- Les réponses seront traitées de manière anonyme.

QUESTIONS :

SITUATION PROFESSIONNELLE

1/ Année scolaire 2019/20. Avec quel niveau de classe travaillez-vous cette année ?

Cycle 1 : PS MS GS Cycle 2 : CP CE1 CE2

Dispositif ULIS école

2/ Quel est l'effectif de la classe ?

21

3/ Quelle est votre ancienneté comme enseignant(e) ?

Moins de 10 ans Entre 10 et 20 ans Plus de 20 ans

ELEVES EN DIFFICULTES

4/ Nombre d'élèves à besoins particulier dans votre classe ?

Moins de 3 Entre 3 et 5 Plus de 5

5/ Nombre de projets personnalisés ?

PPRE : 1 PAP : 0 PPS : 0

6/ Traitement de la difficulté scolaire. Conseils d'aménagements pédagogiques.

Avant la mise en œuvre du pôle ressource :

- RASED CMPP Equipe de circonscription Enseignants Ecole
 Orthophoniste Autres : _____

6 bis/ Traitement de la difficulté scolaire. Conseils d'aménagements pédagogiques.

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- RASED CMPP Equipe de circonscription Enseignants Ecole
 Orthophoniste Autres : _____

8/ Quels types d'adaptations pédagogiques mettez-vous en œuvre (selon Gombert et Roussey) ?

Avant la mise en œuvre du pôle ressource :

- Revalorisation Evaluation personnalisée Aide individualisée
 Apports méthodologiques Groupe, tutorat Cadre de travail
 Individualisation du parcours Adaptation des consignes Différenciation pédagogique

8 bis/ Quels types d'adaptations pédagogiques mettez-vous en œuvre (selon Gombert et Roussey) ?

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- Revalorisation Evaluation personnalisée Aide individualisée
 Apports méthodologiques Groupe, tutorat Cadre de travail
 Individualisation du parcours Adaptation des consignes Différenciation pédagogique

10/ Conseils à la mise en œuvre des adaptations pédagogiques ?

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- Liens RASED Repérage précoce Lien Equipe pédagogique
 Diagnostic Bilans CMPP Liens Conseillers Pédagogiques
 Concertation avec l'équipe du CMPP Autres : _____

11/ Outils de mise en œuvre des aménagements pédagogiques ?

Avec la mise en œuvre du pôle ressource :

- Nombre de PPRE : 2
- Nombre de PAP : 1
- Nombre de PPS : --

12/ Conditions d'une coopération avec une équipe du médico-social ?

- Formation Education Nationale.
- Formations commune médico-social/Ecole.
- Médicalisation du parcours.
- Rôles de chacun identifiés.
- Temps de concertation à l'école.
- Temps de concertation commun.
- Utilisation d'un langage commun.
- Manque de confiance mutuelle.
- Autres : -----

13/ Commentaires libres

Le temps d'échange en Equipe Educative est insuffisant. Il ne permet d'échange véritable : le plus souvent, la réunion se résume en un simple partage des difficultés de l'enfant couplé aux objectifs de chacun.

Merci beaucoup pour votre participation !

DISPOSITIF EXPERIMENTAL POLE RESSOURCE

QUESTIONNAIRE PARENTS / PROFESSIONNELS EN LIGNE via GOOGLE FORMS

QUESTIONS :

PARENTS

Quelles sont vos attentes pour une meilleure prise en charge à l'école et au CMPP de votre enfant à besoin particulier ?

1- Délais d'attente pour avoir un diagnostic :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

2- Pris en charge plus rapide pour les suivis au CMPP :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

3- Concertations avec les professionnels plus fréquentes:

- OUI NON JE NE SAIS PAS

4- Amélioration de la communication avec les professionnels :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

5- Amélioration de la communication entre les professionnels :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

6- Commentaires libres :

PROFESSIONNELS DU POLE RESSOURCE

Quelles sont vos attentes concernant la mise en œuvre de ce dispositif pôle ressource expérimental ?

1- Utiliser un langage commun :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

2- Temps de concertation institutionnalisés :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

3- Difficultés à être personne ressource :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

4- Besoins de formations communes :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

5- Pouvoir accompagner les enfants :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

6- Ne pas se positionner que sur de l'évaluation :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

7- Respect de l'identité professionnelle de chacun :

- OUI NON JE NE SAIS PAS

8- Commentaires libres :

Merci beaucoup pour votre participation !