



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

Communication alternative et augmentative auprès d'adultes déficients intellectuels : aménagement de l'environnement et outils de communication adaptés

Mémoire présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONIE

Par

Mathilde PERRIOUX-PERDREAUX

Antinea SCHMITT

Soutenu le 13 juin 2014

Jury :

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC, pédopsychiatre, Président du jury

Madame C-L. CLAUDON, orthophoniste, Directrice du mémoire

Madame C. JACQUINET, orthophoniste, Assesseur

Remerciements

Nous remercions le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC, pédopsychiatre, de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury.

Nous remercions également Claire-Lise CLAUDON, orthophoniste, de nous avoir fait confiance et d'avoir accepté de diriger notre mémoire.

Un grand merci à Catherine JACQUINET, orthophoniste, pour son soutien, sa disponibilité et pour avoir guidé notre réflexion tout au long de cette année. Le partage de sa pratique professionnelle nous a beaucoup apporté pour la réalisation de ce mémoire.

Nous tenons à remercier le personnel de la Maison Michelet et tout particulièrement son directeur Monsieur VOIRIN, de nous avoir accueillies au sein de l'établissement et pour le temps qu'il nous a consacré. Merci aux professionnels de nous avoir fait part de leur expérience en répondant à notre questionnaire et à Virginie CLOOS, psychologue, pour ses conseils.

Merci aux résidents et à leur famille pour leur participation à notre projet.

Nous remercions également Edith HEQUET, orthophoniste, pour son aide dans l'analyse des résultats.

Merci enfin à nos familles respectives d'avoir toujours encouragé et soutenu notre travail.

Introduction	9
Partie Théorique.....	12
1. La déficience intellectuelle.....	13
1.1. Définition.....	13
1.1.1. Repères historiques et terminologie	13
1.1.1.1 <i>De l'Antiquité au XIXe siècle</i>	13
1.1.1.2 <i>L'évolution au XX^e siècle</i>	13
1.1.1.3 <i>La terminologie actuelle</i>	14
1.1.2. Le concept d'intelligence.....	15
1.1.2.1 <i>Définition</i>	15
1.1.2.2 <i>Mesure de l'intelligence</i>	16
1.1.2.3 <i>Les limites du QI</i>	17
1.1.3. La déficience intellectuelle	18
1.1.3.1 <i>Définition</i>	18
1.1.3.2 <i>Différents degrés de sévérité</i>	18
1.1.3.3 <i>Etiologies et prévalence</i>	19
1.1.3.4 <i>La déficience intellectuelle syndromique</i>	20
1.2. Les troubles et leurs conséquences.....	21
1.2.1. La problématique délai - différence.....	21
1.2.2. Les troubles du langage	22
1.2.2.1 <i>L'émergence du langage</i>	22
1.2.2.2 <i>Les troubles de la parole</i>	22
1.2.2.3 <i>Les troubles du langage sur les plans sémantique et morphosyntaxique</i> ..	23
1.2.2.4 <i>Les troubles de la communication</i>	23
1.2.3. Les autres atteintes pouvant avoir des conséquences sur la communication...	24
1.2.3.1 <i>Les troubles cognitifs</i>	24
1.2.3.2 <i>Troubles du comportement</i>	24
1.2.3.3 <i>Vieillesse</i>	25
1.3. Accompagnement de la personne déficiente intellectuelle	26
1.3.1. L'enfant déficient intellectuel	26
1.3.1.1 <i>Une prise en charge multidisciplinaire</i>	26
1.3.1.2 <i>La prise en charge orthophonique</i>	27
1.3.1.3 <i>La scolarité</i>	28
1.3.2. L'adulte déficient intellectuel	29
1.3.2.1 <i>Les structures d'accueil</i>	29
1.3.2.2 <i>La place de l'orthophonie</i>	31
1.3.2.3 <i>Place dans la société</i>	31

2. La communication.....	33
2.1. La communication verbale	33
2.1.1. Définition.....	33
2.1.2. Les facteurs de la communication verbale.....	33
2.1.3. Langage, langue et parole	33
2.1.3.1. <i>Le langage</i>	33
2.1.3.2. <i>Langue et parole</i>	34
2.1.4. Les fonctions du langage	34
2.1.5. La boucle du langage	35
2.1.5.1. <i>Le versant réceptif</i>	35
2.1.5.2. <i>Le versant expressif</i>	35
2.2. Multicanalité de la communication	36
2.2.1. Définition.....	36
2.2.2. Les grands canaux de communication	37
2.3. La communication alternative et augmentative.....	37
2.3.1. Naissance du concept.....	37
2.3.2. Définition.....	37
2.3.2.1. <i>Communication alternative ou communication augmentative</i>	38
2.3.2.2. <i>Aides techniques et nouvelles technologies</i>	38
2.3.3. L'intérêt d'une introduction précoce	39
2.3.4. L'évaluation en vue de la mise en place d'un projet de communication alternative ou augmentative	40
2.3.5. Les outils de communication alternative et augmentative.....	41
2.3.5.1. <i>Supports tridimensionnels</i>	41
2.3.5.2. <i>Supports bidimensionnels</i>	41
2.3.5.2.1. Les images	41
2.3.5.2.1.1. Terminologie	41
2.3.5.2.1.2. Apports et limites	42
2.3.5.2.1.3. Les principales méthodes existantes	43
2.3.5.2.1.4. Les supports	45
2.3.5.2.2. Les codes reposant sur l'écrit	46
2.3.5.2.2.1. Apports et limites	46
2.3.5.2.2.2. Les différents tableaux	46
2.3.5.3. <i>La communication gestuelle</i>	48
2.3.5.3.1. Terminologie	48
2.3.5.3.2. Apports et limites	48
2.3.5.3.3. Précisions méthodologiques	49

2.3.5.3.4. Les codes gestuels	49
2.3.6. Les conditions de la réussite du projet.....	51
2.3.6.1. <i>L'accompagnement humain</i>	51
2.3.6.2. <i>Une intégration en situation réelle</i>	51
Méthodologie.....	52
1. Démarche	53
2. Établissement et population	54
2.1. L'établissement	54
2.2. Population.....	55
2.2.1. Philippe.....	56
2.2.2. Simon.....	57
2.2.3. Gérald	58
2.2.4. Charles	60
3. Outils méthodologiques	63
3.1. Le ComVoor.....	63
3.1.1. Population.....	63
3.1.2. Objectifs.....	63
3.1.3. Modalités d'administration.....	65
3.2. Le questionnaire	65
3.2.1. Présentation générale	65
3.2.2. Présentation détaillée	66
4. Mode de traitement des données et précautions méthodologiques.....	69
4.1. Le ComVoor.....	69
4.2. Le questionnaire	69
Résultats et analyses	71
1. Le Comvoor	72
1.1. Préconisations personnalisées	72
1.1.1. Philippe.....	72
1.1.1.1. <i>Passation</i>	72
1.1.1.2. <i>Interprétation des résultats</i>	72
1.1.1.3. <i>Préconisations</i>	72
1.1.2. Simon.....	74
1.1.2.1. <i>Passation</i>	74
1.1.2.2. <i>Interprétation des résultats</i>	74
1.1.2.3. <i>Préconisations</i>	74
1.1.3. Gérald	75
1.1.3.1. <i>Passation</i>	75

1.1.3.2. <i>Interprétation des résultats</i>	76
1.1.3.3. <i>Préconisations</i>	76
1.1.4. Charles	77
1.1.4.1. <i>Passation</i>	77
1.1.4.2. <i>Interprétation des résultats</i>	77
1.1.4.3. <i>Préconisations</i>	78
1.2. Préconisations générales.....	79
2. Le questionnaire.....	80
3. Synthèse et conclusion des résultats	84
Conclusion	86
Bibliographie.....	88
Annexes.....	93

Introduction

La déficience intellectuelle est devenue un enjeu de santé publique : elle concerne en effet 2 à 3% de la population en France. Les enfants porteurs de déficience intellectuelle sont désormais suivis tout au long de leur développement et en fonction de leurs besoins par une équipe pluridisciplinaire dont l'orthophoniste fait partie. Les orthophonistes sont ainsi présents dans la majorité des structures accueillant des enfants déficients intellectuels pour contribuer au développement de leur communication et de leur langage (Broca, 2013).

Si la prise en charge orthophonique de ces enfants est aujourd'hui inscrite dans la nomenclature générale des actes professionnels des orthophonistes, ce n'est pas le cas de celle des adultes déficients intellectuels. Néanmoins, la loi du 11 février 2005 a contribué à une meilleure intégration des personnes handicapées dans la société et a promu notamment l'importance de leur droit à s'exprimer. Ainsi, la prise en charge orthophonique des adultes porteurs de déficience intellectuelle légère commence à se développer, mais il en est autrement pour ceux atteints de déficiences plus sévères qui présentent d'importantes difficultés de communication (Rondal, 2009).

Or, les dernières recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux) datant de juillet 2013 (annexe 1) insistent sur le fait que la qualité de vie de ces adultes est liée à leur possibilité de pouvoir s'exprimer et qu'il faut « favoriser, quelle que soit la restriction d'autonomie, leurs relations aux autres et l'expression de leurs choix en développant toutes les possibilités de communication ».

Notre mémoire de recherche s'inscrit ainsi dans la problématique suivante :

Quels aménagements de l'environnement et quels outils de communication alternative et augmentative peut-on préconiser pour des adultes porteurs de déficience intellectuelle présentant des difficultés de communication ?

Comment l'équipe pluridisciplinaire se situe-t-elle dans l'utilisation au quotidien d'outils de communication alternative et augmentative ?

Pour répondre à ce questionnaire, nous posons les hypothèses suivantes :

- Différents aménagements de l'environnement et outils de communication alternative et augmentative peuvent être mis en place, mais tous ne sont pas adaptés au niveau de compréhension de ces personnes.
- L'équipe pluridisciplinaire peut rencontrer des difficultés dans l'application au quotidien de cette communication adaptée.

Partie Théorique

1. La déficience intellectuelle

1.1. Définition

1.1.1. Repères historiques et terminologie

1.1.1.1 *De l'Antiquité au XIXe siècle*

Au cours de l'Antiquité puis du Moyen-Âge, les personnes déficientes intellectuelles sont considérées comme « faibles d'esprit » et rejetées par la société : elles sont souvent enfermées dans des conditions terribles. Ce n'est qu'à partir du siècle des Lumières que naît un état compassionnel envers ces individus, grâce à certains philosophes comme Diderot qui posent la question de leur éducatibilité (Broca, 2013). A cette même période, la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789 proclame tous les êtres humains libres et égaux en droits. Dans les faits cependant, de nombreuses personnes déficientes restent détenues dans des prisons ou des asiles.

Au XIX^e siècle, des pionniers tels qu'Itard et Seguin, médecins, vont considérablement faire évoluer les mentalités en tentant de répondre à la problématique de l'éducatibilité des enfants dits « débiles » à cette époque. Itard rédige les premiers travaux concernant la prise en charge d'un enfant déficient : Victor, « l'enfant sauvage ». Seguin, de son côté, va développer une méthode d'éducation appropriée « aux jeunes idiots et jeunes imbéciles ». Il émigre ensuite aux Etats-Unis et va devenir le premier Président de *l'Association of Medical Officers of American Institutions for idiotics and Feeble-minded persons*, aujourd'hui devenue la célèbre **AAIDD** (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*) (Carlier et Ayoum, 2007).

1.1.1.2 *L'évolution au XX^e siècle*

Les travaux de ces personnalités et de bien d'autres contribuent à ce que l'Etat se soucie de tous les enfants. Les lois de Jules Ferry en 1882, qui prônent l'école laïque pour tous, vont ainsi poser la question de leur application aux enfants « anormaux ». Sur demande de l'Education Nationale, les psychologues Binet et Simon vont alors mettre au point une échelle psychométrique permettant de classer les élèves en distinguant ceux dits « anormaux d'école » qui seront placés dans des classes de perfectionnement, de ceux qualifiés

d' « anormaux d'asile » car non éducatibles donc exclus du système scolaire. C'est ainsi que se voit réalimentée la théorie de l'inéducabilité des enfants les plus déficients, qui continueront à être placés dans des asiles d'« aliénés » (établissements qui deviendront les hôpitaux psychiatriques en 1936) et ce jusque dans les années 1960 (Chapireau, 1997).

C'est à cette période que de grandes associations parentales telles que l'**UNAPEI** (Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés) voient le jour et se battent pour la multiplication d'établissements d'éducation, notamment dans le domaine de la déficience intellectuelle. Elles contribuent également à la prise en charge par la sécurité sociale des séjours dans ces structures et s'attèlent à changer le regard porté par la société sur les enfants déficients intellectuels (Chapireau, 1997).

Ces associations participent activement à l'élaboration de la loi du 30 juin 1975, en faveur des personnes handicapées. Cette loi régit les institutions sociales et médico-sociales accueillant ces personnes et pose une obligation non pas scolaire mais éducative. Notons que pour la première fois est mis en avant le concept de **handicap**, qui va devenir peu à peu un véritable enjeu de santé publique (Carlier et Ayoun, 2007). Les travaux de réflexion à ce sujet contribuent ensuite à l'élaboration d'une loi sur l'égalité des chances en février 2005. Cette dernière renforce notamment les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés : elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile et à un parcours scolaire continu et adapté.

Nous observons ainsi une évolution positive de la prise en charge de ces personnes présentant une déficience intellectuelle, qui tient désormais compte de leurs besoins éducatifs, thérapeutiques et sociaux.

1.1.1.3 La terminologie actuelle

La terminologie s'est bien modifiée depuis le XIX^e siècle où la déficience intellectuelle était désignée par le terme d' « arriération mentale » et les individus qualifiés de « débiles », « idiots » ou encore « crétins » selon leur niveau de déficience (Broca, 2013).

Les termes employés ont encore fréquemment évolué ces dernières années afin d'éviter d'être dévalorisants. En effet « certains mots, tombés dans le langage courant, sont

devenus stigmatisants alors qu'ils ne l'étaient pas forcément au début de leur usage » (Carlier et Ayoum, 2007).

Ainsi, à l'heure actuelle, plusieurs systèmes de classification adoptent des termes différents. La **CIM 10** (Classification Internationale des Maladies) publiée par l'OMS emploie le terme de « retard mental ». En revanche, l'Association Américaine de Psychiatrie, qui a publié en mai 2013 le **DMS-V** (5^e édition de leur manuel diagnostic), parle désormais de « déficience intellectuelle » et non plus de « retard mental ». Il en est de même pour l'AAIDD.

Nous avons par conséquent décidé d'opter pour le terme de **déficience intellectuelle** pour la rédaction de ce mémoire.

1.1.2. Le concept d'intelligence

1.1.2.1. Définition

Définir le concept d'intelligence n'est pas chose aisée car les définitions précises varient selon les approches et les auteurs, et aucune n'est unanimement admise. Toutefois, beaucoup s'accordent sur une signification générale du concept : il s'agit de « **la faculté de comprendre, d'établir des liens, de s'adapter aux situations, à l'environnement, à la société** » (Gonzales Puelle, 2010).

Une question continue à faire débat : l'intelligence est-elle une qualité unique ou une multitude d'habiletés spécifiques ? Nombre de scientifiques, tels que Gardner ou Reuven, considèrent qu'il n'existe pas une forme unique d'intelligence « capable d'affronter toutes les situations mais qu'il y a des intelligences diverses plus ou moins aptes à résoudre chaque situation » (Juhel, 2010). Ces derniers distinguent deux formes d'intelligence : l'intelligence abstraite, qui regroupe les activités de raisonnement et de déduction logique, et l'intelligence intuitive, qui permet de prendre des décisions et de s'adapter aux changements.

Piaget a quant à lui développé une approche constructiviste de l'intelligence, dans laquelle il décrit quatre stades (Juhel, 2010) :

- Le stade **sensori-moteur** (de 0 à 2 ans) au cours duquel l'enfant construit la permanence de l'objet et accède finalement à la fonction symbolique.

- Le stade **préopératoire** (de 2 à 6 ans) : l'enfant est désormais capable de se représenter des objets et des situations non directement perceptibles. Par ailleurs, ses capacités langagières se développent fortement.
- Le stade **opératoire concret** (de 6 à 11 ans) : l'enfant a accès à la notion de conservation et devient capable d'effectuer des opérations mentales de façon logique (classification, sériation).
- Le stade **opératoire formel** (de 11 à 16 ans) qui permet à l'adolescent d'acquérir un raisonnement hypothético-déductif.

1.1.2.2. Mesure de l'intelligence

Comme nous l'avons mentionné précédemment, Binet et Simon sont les premiers, en 1905, à mettre au point une échelle psychométrique ayant pour but de mesurer l'efficiences intellectuelle d'enfants. Ils s'inscrivent dans un courant de pensée novateur pour l'époque en considérant que l'intelligence est multiple, et que son évaluation doit s'étendre à l'ensemble des fonctions cognitives (langage, mémoire, attention, etc.)(Carlier et Ayoum, 2007).

Grâce à cette échelle, les deux psychologues instaurent la notion d'« âge mental » (ou « niveau mental ») en comparant les enfants à une norme établie par les résultats d'enfants tout venants. L'analyse des résultats est rendue complexe par le fait qu'un même nombre d'années de retard n'implique pas les mêmes conséquences selon l'âge chronologique de l'enfant. C'est ce biais qui a amené le psychologue Stern à créer le concept de **QI** (Quotient Intellectuel), calcul du rapport entre l'âge mental et l'âge chronologique, multiplié par cent (Grégoire, 2004).

Néanmoins, ce mode de calcul ne peut mesurer l'intelligence de l'adulte puisque la notion d'échelle de développement perd son sens (le QI diminuant au fur et à mesure que l'adulte vieillit sans que son niveau d'intelligence ne baisse forcément) (Carlier et Ayoum, 2007).

C'est en 1938 que Weschler propose de calculer le QI des sujets adultes d'une autre façon. Il choisit cependant de garder le terme de quotient intellectuel bien qu'il ne s'agisse plus d'un rapport comme pour le calcul de Stern, ce qui peut prêter à confusion. Il propose une mesure selon une distance à la moyenne grâce à une distribution gaussienne (réalisée avec

un groupe d'adultes de référence). Ainsi, toutes les personnes possédant un QI compris entre 70 et 130 se situent dans la moyenne, et toutes celles se trouvant en dessous de 70 (soit un score inférieur à deux écarts-types) se situent dans la **zone de déficience**.

Aujourd'hui, les échelles de Weschler ont été révisées et sont toujours très utilisées. Il s'agit du WISC IV pour les enfants et du WAIS III pour les adultes. Il est nécessaire de bien connaître ces instruments pour pouvoir interpréter correctement les scores et les accompagner d'explications lors de l'annonce à la famille (Carlier et Ayoum, 2007).

1.1.2.3. Les limites du QI

L'écart des performances de l'enfant déficient intellectuel par rapport à la norme, mis en évidence par les tests de QI, indique que l'enfant « aura du mal à s'adapter dans un milieu ordinaire si on ne lui propose pas d'aides appropriées » (Carlier et Ayoum, 2007).

Cependant, un certain nombre de professionnels mettent en garde quant à la notion de QI. La fidélité du test n'est pas totale : de légères variations de performance dues à l'état physiologique ou psychologique du sujet sont possibles. Le score a une valeur probabiliste : il est donc préférable de garder à l'esprit un « intervalle de confiance » plutôt qu'une note pure (Grégoire, 2004).

D'autre part, soulignons que tous les tests d'évaluation de l'intelligence ne permettent pas de mesurer un QI inférieur à 35. Dans le WISC IV et le WAIS III par exemple, les scores les plus bas peuvent varier entre 40 et 50 selon les épreuves : c'est ce qu'on appelle l'« effet plancher ». Dans le cadre d'une déficience sévère à profonde, il peut alors s'avérer judicieux d'utiliser des échelles plus adaptées comme les EDEI-R (Echelles Différentielles d'Efficiences Intellectuelle) ou les Bayley Scales of Infant Development, permettant d'évaluer de façon plus précise le niveau de développement tout en identifiant les forces et les faiblesses du sujet (Guidetti et Tourette, 1996).

Le QI reste une évaluation **globale** de l'intelligence qui nécessite d'être complétée par une analyse qualitative des déficits du sujet. En effet, « il y a peu à dire sur une personne déficiente intellectuelle en se basant uniquement sur le QI, car ce qui importe, c'est ce que la

personne est capable de faire avec son QI et non pas le chiffre qui renvoie à un étalonnage » (Gonzales Puelle, 2009).

Un bilan neuropsychologique peut être intéressant pour pointer les « ressources et les difficultés des fonctions cognitives, exécutives et de traitement de l'information de la personne » (Broca, 2013). Cela contribue à différencier la déficience intellectuelle de troubles spécifiques des apprentissages, et de repérer les hétérogénéités dans les résultats des différentes épreuves cognitives.

1.1.3. La déficience intellectuelle

1.1.3.1. Définition

Une personne porteuse de déficience intellectuelle est une personne « ayant un niveau d'intelligence inférieur à la norme, souffrant d'incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifestent dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques, survenant avant l'âge de 18 ans » (Juhel, 2010).

Ainsi, le diagnostic de déficience intellectuelle ne peut être posé que lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

- Un niveau d'intelligence inférieur à la norme (aux alentours de 70 dans la plupart des tests)
- Une limitation des capacités d'adaptation dans au moins une des trois habiletés suivantes : conceptuelle, pratique et sociale
- La manifestation de ces difficultés pendant la période de développement, donc avant 18 ans.

1.1.3.2. Différents degrés de sévérité

La déficience intellectuelle peut être de gravité variable. Suivant le critère retenu, plusieurs catégories peuvent être établies :

- Selon un critère **psychométrique**, on qualifie alors la déficience de :

- légère quand le QI se situe entre 69 et 50
- moyenne quand le QI se situe entre 49 et 35
- sévère quand le QI se situe entre 34 et 20
- profonde quand le QI est inférieur à 20

Depuis 2013, la classification de la déficience établie par le DSM-V ne repose plus exclusivement sur le critère psychométrique (comme c'était le cas jusqu'à présent) mais tient compte des capacités et des besoins de la personne.

- Selon un critère **opératoire** :
 - La déficience est légère lorsque le sujet n'a pas accès aux opérations abstraites mais maîtrise les opérations concrètes. Il peut acquérir le langage et sa complexité morphosyntaxique, ainsi que les bases du langage écrit et du calcul. L'apprentissage se fait à un rythme lent et nécessite un soutien spécifique. Le sujet est capable d'exercer un métier.
 - La déficience est moyenne lorsque le sujet est à un niveau pré-opératoire : il n'a pas accès aux opérations concrètes. Son langage est suffisant pour qu'il puisse avoir des interactions sociales. Des tâches manuelles peuvent être effectuées.
 - La déficience est sévère lorsque la personne n'a pas accès aux opérations pré-opératoires. Son vocabulaire et sa syntaxe sont rudimentaires.
 - La déficience est profonde lorsque le niveau intellectuel du sujet ne dépasse pas celui d'un enfant de deux ans. Le langage et la permanence de l'objet ne sont souvent pas acquis (Chevrie-Muller, 2007).

1.1.3.3. Etiologies et prévalence

Sous le seul et même concept de déficience intellectuelle sont regroupées des personnes au profil hétérogène de par des étiologies différentes dont les conséquences peuvent être très diverses (intellectuelles, organiques, sociales...) (Broca, 2013).

Les chiffres concernant la prévalence et les étiologies varient d'un ouvrage à l'autre. En France, on estime qu'1% de la population présente une déficience intellectuelle moyenne à profonde. Si on inclut les formes légères, c'est 2 à 3 % de la population française qui serait touchée. Par ailleurs, la prévalence générale est supérieure chez les hommes.

Les étiologies, quant à elles, sont très nombreuses et leur fréquence diffère selon la sévérité de la déficience. Ainsi, on distingue principalement :

- Les étiologies **inconnues** : elles représentent 33% des déficiences intellectuelles légères et 50% des déficiences moyennes à profondes.
- Les étiologies **génétiques** : elles représentent 16% des déficiences légères et 31% des déficiences moyennes à profondes. Précisons qu'il n'existe pas un gène de la déficience intellectuelle mais que « de nombreuses anomalies génétiques sont susceptibles de provoquer indirectement des désordres dans l'organisation fonctionnelle de l'encéphale » (Broca, 2013).
- Les **pathologies acquises** pendant les périodes pré, péri et post natales représentent 35% des déficiences intellectuelles (tous degrés de sévérité confondus). La grande prématurité entraîne notamment une déficience intellectuelle dans 5 à 15% des cas (Chevrie-Muller, 2007).

Le facteur environnemental est également à prendre en compte car certaines causes spécifiques de déficience intellectuelle « sont malheureusement exacerbées par un contexte social inadéquat » (Juhel, 2010). Il semblerait même que 4 à 12% des déficiences intellectuelles légères soient dues à une carence culturelle ; ces déficiences seraient réversibles lorsque l'enfant est placé dans un milieu éducatif favorable (Chevrie-Muller, 2007).

1.1.3.4. La déficience intellectuelle syndromique

La déficience intellectuelle peut être isolée : on parle alors de déficience intellectuelle **non syndromique** (ou non spécifique). Mais elle peut aussi être **syndromique** lorsqu'elle est associée à des anomalies neurologiques, morphologiques,... Précisons qu'un syndrome est une association de plusieurs symptômes, signes ou anomalies qui constituent une entité clinique reconnaissable (Broca, 2013).

Ainsi, on retrouve de façon constante une déficience intellectuelle de gravité variable dans les principaux syndromes suivants :

- Syndrome de Down (trisomie 21)
- Syndrome de Rett
- Syndrome de William Beuren

- Syndrome de Prader Willi
- Syndrome d'Angelman

La déficience intellectuelle peut également faire partie du tableau clinique d'une personne souffrant de troubles du spectre autistique (Guidetti et Tourette, 1996).

1.2. Les troubles et leurs conséquences

La déficience intellectuelle a principalement des incidences sur le langage, les capacités cognitives, le comportement et les capacités motrices du sujet. Les profils sont très variés car les troubles sont fonction, entre autres, du degré de sévérité de la déficience et de son étiologie (Broca, 2013).

1.2.1. La problématique délai - différence

Le développement des enfants porteurs de déficience intellectuelle fait l'objet depuis de nombreuses années d'une controverse : s'agit d'un développement retardé ou différent ?

Diverses approches existent :

- La **théorie développementale** : les enfants déficients intellectuels présentent un développement cognitif identique à celui des enfants tout venants, mais celui-ci est retardé et le niveau final atteint moins élevé.
- La **théorie de la différence** : les domaines cognitifs et les processus de raisonnement ne se développent pas de la même façon lorsqu'un sujet est porteur de déficience intellectuelle.
- Le **modèle intégré de la cognition** : cette position alternative prend en compte plusieurs composantes (les processus cognitifs de base, les fonctions et stratégies exécutives et métacognitives, ainsi que l'état motivationnel et les dispositions personnelles). Selon ce modèle, certaines de ces composantes peuvent être retardées ou se développer de façon particulière chez la personne déficiente intellectuelle (Broca, 2013).
- La **théorie d'un « sous-fonctionnement cognitif »** : le sujet ne possède ni la capacité ni la motivation à mobiliser efficacement son potentiel cognitif (Paour, 1991).

Selon Rondal (2009), les recherches attestent désormais que « ce développement s'effectue en suivant les mêmes étapes et implique les mêmes mécanismes que le développement normal ». Il indique qu'il s'agit de retards ou d'incomplétudes, mais qu'aucune différence n'a été mise en évidence dans les processus de base.

1.2.2. Les troubles du langage

Tous les sujets porteurs de déficience intellectuelle « présentent à des degrés divers un retard général sur le plan de la communication et du langage » (Broca, 2013). Ce retard porte sur les différents domaines du langage : phonologique, sémantique, morphosyntaxique et pragmatique (Rondal, 1985). L'accès à la parole et au langage peut même être gravement compromis chez certaines personnes.

Dans le cas d'une déficience non diagnostiquée à la naissance, les troubles langagiers représentent souvent le premier motif de consultation pour les parents et sont un signe d'alarme pour les professionnels (Chevrie-Muller, 2007).

1.2.2.1. L'émergence du langage

Un retard peut être constaté dans les premières interactions sociales ainsi que dans les activités proto-langagières telles que le babillage canonique. Concernant le développement phonologique, il suit le même ordre que celui des enfants tout venants mais il est également souvent retardé (Chevrie-Muller, 2007).

1.2.2.2. Les troubles de la parole

Les difficultés articulatoires sont très fréquentes puisque présentes dans 60 à 90% des déficiences moyennes à profondes. Certains sujets peuvent également souffrir de troubles de la phonation et/ou du débit ; cela peut être dû, entre autres, à des problèmes physiologiques ou anatomiques (Rondal, 2009).

1.2.2.3. Les troubles du langage sur les plans sémantique et morphosyntaxique

Les troubles du langage ont été étudiés de façon assez précise et détaillée chez les personnes porteuses de trisomie 21. En effet, les personnes présentant ce syndrome sont nombreuses (25% des déficiences moyennes à profondes ont pour étiologie la trisomie 21), et le diagnostic étant fait à la naissance, davantage d'études ont été réalisées. En revanche, le développement langagier chez les personnes ayant une déficience intellectuelle non syndromique a fait l'objet de beaucoup moins de travaux (Rondal, 1985).

D'une manière générale, on sait que sur le plan morphosyntaxique, l'évolution est très lente et fréquemment incomplète : l'expression reste en général élémentaire, et la compréhension des relations syntaxiques insuffisante. Ces difficultés sont dues notamment à un manque de généralisation des règles. La compréhension au niveau du mot est meilleure, mais une pauvreté du vocabulaire est souvent mise en exergue.

Certains sujets déficients intellectuels peuvent présenter des capacités langagières « exceptionnelles » sur les plans phonologique et morphosyntaxique, malgré des aptitudes intellectuelles nettement inférieures à la moyenne. Rondal (2009) souligne donc qu'il existe une spécificité des domaines impliqués : la cognition générale d'un côté, et les aspects formels du langage de l'autre. Ainsi, une véritable dissociation doit être faite entre le retard cognitif et le retard linguistique.

1.2.2.4. Les troubles de la communication

Les aspects suivants sont habituellement sources de grandes difficultés pour les sujets porteurs de déficience intellectuelle (Chevrie-Muller, 2007) :

- Les éléments relevant de l'acte illocutoire (valeur de l'énoncé) : faire la différence entre un ordre, une question et un conseil par exemple.
- Le maniement et la compréhension des moyens discursifs référentiels (anaphores, articles indéfinis, formes pronominales etc.).
- La prise en compte des informations contextuelles pour comprendre un énoncé, notamment lorsqu'il y a une ambiguïté.
- Le maintien d'un thème de conversation sans ambiguïté.
- L'ajustement au fur et à mesure de la conversation aux réponses de l'interlocuteur

1.2.3. Les autres atteintes pouvant avoir des conséquences sur la communication

1.2.3.1. *Les troubles cognitifs*

Broca (2013) liste les différents processus pouvant être déficitaires dans la déficience intellectuelle :

- Le traitement perceptif et cognitif des stimuli sensoriels ainsi que les discriminations perceptives
- L'attention
- L'identification de buts ou objectifs
- La planification de comportements ou de séquences
- L'inhibition de stimuli distrayeurs, d'actions motrices ou de comportements
- La flexibilité cognitive
- La sélection d'une réponse efficace
- La mémoire à court terme et la mémoire de travail
- Le transfert et la généralisation

Des particularités dans le traitement de l'information sociale (notamment la compréhension des émotions) sont également mises en évidence. Tout cela est à mettre en lien avec les troubles du langage décrits précédemment et a un impact sur les apprentissages scolaires.

1.2.3.2. *Troubles du comportement*

La personne déficiente intellectuelle peut être confrontée à des moyens de communication qu'elle ne comprend pas, ce qui peut engendrer de l'anxiété, de la frustration voire de la violence. Des troubles du comportement peuvent également apparaître lorsque la personne éprouve des difficultés à se faire comprendre de son entourage (Cataix-Nègre, 2011).

Il a été mis en évidence que la sévérité des troubles du comportement est fortement corrélée au degré de déficience intellectuelle : plus cette dernière est sévère et plus les troubles du comportement risquent d'être importants.

Par ailleurs, les troubles du comportement peuvent également être liés à des désordres psychiatriques (Haelewyck, 2010). Ces désordres psychiatriques affectent le comportement des individus, mais ceci n'est pas en lien avec leur intelligence. Ces désordres psychiatriques, qualifiés de « handicap psychique », sont à distinguer du « handicap mental » qui fait référence à la déficience intellectuelle. Ces deux phénomènes ne doivent donc pas être confondus bien qu'ils puissent être associés chez un même sujet.

Toutefois, établir un diagnostic concernant la santé mentale des personnes porteuses de déficience intellectuelle n'est pas toujours évident car elles traduisent souvent leurs malaises par des troubles du comportement, faute de pouvoir les exprimer autrement (Juhel, 2010).

1.2.3.3. Vieillesse

Grâce aux progrès de la médecine au cours de ces dernières décennies, l'espérance de vie a augmenté, et ce constat concerne également les personnes porteuses de déficience intellectuelle.

Néanmoins, il arrive fréquemment que les adultes déficients intellectuels présentent des symptômes du vieillissement plus précocement que la population générale. Ainsi sont souvent observés une diminution de la vitesse de traitement de l'information, une altération de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention.

L'incidence sur la vie quotidienne de la diminution des capacités cognitives de ces personnes est limitée si elles se trouvent « dans un environnement stable et qu'elles s'adonnent à des tâches familières ». Il est essentiel de leur permettre d'évoluer dans un cadre de vie adapté à leurs besoins affectifs et sociaux en évitant toute rupture d'équilibre de leur environnement (Juhel, 2010).

1.3. Accompagnement de la personne déficiente intellectuelle

1.3.1. L'enfant déficient intellectuel

1.3.1.1. Une prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge de la déficience intellectuelle doit commencer très précocement, dès les premiers mois de vie lorsque la déficience est diagnostiquée à la naissance (Rondal, 1985).

Le degré de déficience et l'éventuel syndrome génétique ne sont pas des éléments suffisants pour établir le contenu du projet thérapeutique. Paour (1991) explique qu'il est plus adéquat de s'intéresser aux variabilités inter-intra-individuelles des enfants déficients intellectuels et de prendre en compte leur plasticité cérébrale, qui influencent leur développement et leur parcours individuel.

Ainsi, une évaluation pluridisciplinaire régulière est nécessaire. Elle implique de nombreux professionnels : pédiatre, kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, éducateur, orthophoniste, ergothérapeute... Cette appréciation globale des difficultés est donc indispensable afin de proposer des actions conjuguées et complémentaires, réfléchies en équipe, selon les besoins de l'enfant (Broca, 2013). La prise en charge proposée par l'équipe n'a pas forcément de visée normative ; elle a pour but d'aider l'enfant à exprimer, à son rythme, l'ensemble de ses potentialités et de favoriser son autonomie. Les parents sont impliqués dans ce projet thérapeutique et une guidance parentale peut leur être proposée. Il ne s'agit pas d'en faire des thérapeutes mais de les amener à des manières d'être (Crunelle, 2013).

L'accompagnement thérapeutique de ces enfants peut être assuré par les établissements suivants :

- **Les CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques)**

Ils accueillent les enfants de 3 à 18 ans souffrant de troubles psychologiques, de troubles des apprentissages ou de troubles du développement. Ils ont une activité diagnostique et proposent des consultations et rééducations avec différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire selon les besoins de l'enfant.

- **Les CAMSP** (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce)

Ils accueillent les enfants de 0 à 6 ans. Ils ont pour but de poser un diagnostic précoce du handicap, et proposent également des prises en charge adaptées. Ces établissements peuvent être polyvalents ou spécialisés dans un type particulier de handicap.

- **Les SESSAD** (Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile)

Ces services, rattachés ou non à un établissement, accompagnent les enfants présentant une déficience intellectuelle ou motrice en milieu ordinaire et/ou spécialisé. Ils sont constitués d'une équipe pluridisciplinaire qui assure la prise en charge précoce de l'enfant et l'accompagnement de sa famille, le soutien à la scolarisation et l'acquisition de l'autonomie (Thibault et Pitrou, 2012).

Une prise en charge thérapeutique peut également être proposée aux enfants scolarisés au sein des IME (Instituts Médico-Educatifs).

1.3.1.2. La prise en charge orthophonique

L'orthophoniste participe activement à définir et mettre en place des programmes d'intervention précoce en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (Rondal, 2007). Il intervient auprès de l'enfant déficient intellectuel pour contribuer au développement de sa communication et de son langage.

- L'évaluation

L'orthophoniste réalise une évaluation quantitative : la plupart des épreuves permettant d'évaluer le langage des enfants tout venants peuvent être utilisées chez l'enfant déficient intellectuel. Il est toutefois préférable d'évaluer l'enfant en le comparant à ses résultats antérieurs plutôt qu'à une norme établie pour les enfants tout venants. L'évaluation des capacités langagières ne peut cependant se limiter à des épreuves étalonnées : une observation clinique qualitative est indispensable (Chevrie-Muller, 2007).

- Le travail auprès de l'enfant

Les objectifs de la prise en charge orthophonique doivent être adaptés aux capacités des enfants : « des attentes et des motivations trop faibles sont aussi dommageables que des espérances excessives » (Rondal, 2009). L'intervention doit se situer dans la zone proximale

de développement (Chevrie-Muller, 2007). Cette dernière recouvre l'ensemble des capacités que l'enfant ne possède pas encore mais qu'il est capable d'acquérir grâce à l'étayage de l'orthophoniste (Brin-Henry *et al*, 2004).

Il est indispensable de stimuler et de préserver l'appétence à la communication. Selon les besoins, l'orthophoniste peut être amené à travailler les compétences suivantes (Crunelle, 2013) :

- Les habiletés pré-linguistiques : l'attention conjointe, le respect des tours de rôle, le pointage proto-impératif puis proto-déclaratif
- La motricité bucco-faciale et les praxies
- La mémoire et l'attention
- L'accès au symbolisme et la permanence de l'objet
- La compréhension verbale, l'enrichissement du vocabulaire et de la syntaxe

L'enfant porteur de déficience intellectuelle a besoin, plus que les autres, de répétitions et de reformulations fréquentes, afin d'intégrer les apprentissages. Les progrès sont rarement spectaculaires car ils se font dans la durée et la répétition (Broca, 2013). La rééducation doit également être ludique et tenir compte des centres d'intérêt de l'enfant afin de l'encourager à poursuivre ses efforts.

La dissociation entre le retard cognitif et le retard langagier (évoquée précédemment) implique que la capacité intellectuelle ne permet pas de déterminer le point jusqu'auquel le langage va pouvoir se développer (Chevrie-Muller, 2007).

Chez les enfants présentant un risque de ne pas accéder au langage ou d'y accéder tardivement, le développement de la communication est alors envisagé grâce à des moyens de communication alternatifs et augmentatifs.

1.3.1.3. La scolarité

Une adaptation de la scolarité s'avère nécessaire pour certains enfants porteurs de déficience intellectuelle. Depuis 2005, un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) doit être établi par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Le PPS tient compte des compétences et des besoins de l'enfant. Il

sert de base à la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) qui se prononce sur l'orientation de l'élève ainsi que sur les éventuelles mesures d'accompagnement (aides humaines, techniques ou financières). Les parents sont toujours associés à l'élaboration du PPS ainsi qu'à la décision d'orientation. Un enseignant référent est nommé et assure le lien entre parents, école et MDPH.

Plusieurs solutions sont envisageables concernant la scolarité d'un enfant déficient intellectuel. Il peut être accueilli :

- En **milieu ordinaire**, avec des aménagements et des aides adaptés (présence d'un auxiliaire de vie scolaire par exemple). La loi de 2005 affirme en effet le droit à une scolarisation en milieu ordinaire pour les enfants porteurs de handicap.
- En **classe spécialisée** dans un établissement ordinaire : ce sont les CLIS en primaire, et les ULIS au collège. Ces classes offrent une pédagogie adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant.
- En **IME** (Institut Médico-Educatif) qui regroupe :
 - L'IMP (Institut Médico-Pédagogique) : il accueille les jeunes porteurs de déficience intellectuelle de 6 à 14 ans et leur propose une prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique.
 - L'IMPro (Institut Médico-Professionnel) : il accueille les jeunes porteurs de déficience intellectuelle de 14 à 20 ans et dispense un enseignement général ainsi qu'une formation pré-professionnelle (Thibault et Pitrou, 2012).

1.3.2. L'adulte déficient intellectuel

1.3.2.1. *Les structures d'accueil*

➤ Les adultes exerçant une activité professionnelle

Certaines personnes déficientes intellectuelles veulent et peuvent travailler. Il est important de leur offrir la possibilité d'accéder au marché du travail en les accompagnant et en les encadrant (Juhel, 2010).

Les ESAT (anciennement Centres d'Aide par le Travail) sont des Etablissements et Services d'Aide par le Travail. Ils accueillent toute personne âgée de plus de vingt ans présentant une déficience intellectuelle dont les capacités ne permettent pas de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée (entreprise qui emploie au moins 80% de personnes handicapées). La CDAPH préconise d'orienter une personne déficiente vers ce type d'établissement pour lui permettre d'exercer une activité professionnelle adaptée à son handicap avec des conditions de travail aménagées.

Les **foyers d'hébergement** offrent aux personnes déficientes intellectuelles exerçant une activité professionnelle un hébergement adapté (à temps plein ou pour la semaine selon les établissements) où ils bénéficient d'un accompagnement éducatif et social pour la réalisation de leur projet de vie (Thibault et Pitrou, 2012).

➤ Les adultes n'ayant pas la capacité de travailler

Les **foyers occupationnels (FO)** et **foyers de vie** sont destinés aux personnes dont la sévérité de la déficience est telle qu'elle les empêche de travailler mais qui disposent tout de même d'une certaine autonomie. Ces foyers leur offrent un cadre de vie répondant aux besoins de leur vie quotidienne.

Les **maisons d'accueil spécialisées (MAS)** et **les foyers d'accueil médicalisé (FAM)** s'adressent quant à eux aux personnes présentant d'un handicap grave (moteur, mental ou polyhandicap) les rendant inaptes à réaliser seuls les actes de la vie quotidienne. Ces structures leur apportent une surveillance médicale ainsi qu'un accompagnement et des soins constants. Ces deux types d'établissement se distinguent cependant quant au type de population accueillie ; en effet, les résidents en MAS sont de manière générale moins âgés que les résidents des FAM mais se trouvent dans une situation plus importante de dépendance (Makdessi, 2012).

L'orientation vers une de ces structures relève également d'une décision de la CDAPH.

1.3.2.2. La place de l'orthophonie

La question des progrès langagiers possibles à l'âge adulte se pose souvent, à tort, sous la forme « tout ou rien » : soit la personne peut progresser dans tous les domaines, soit aucun progrès n'est possible. Le langage étant le produit de l'intégration de plusieurs sous-systèmes, il convient plutôt de poser la question composante par composante (Rondal, 2007).

Ainsi, les niveaux articulatoires et morphosyntaxiques ne sont plus susceptibles d'être améliorés par une rééducation orthophonique. En revanche, il n'existe pas de période critique pour le développement du langage sur les plans sémantique et pragmatique. Une croissance linguistique est donc possible après douze ans et jusqu'à l'âge adulte chez des personnes présentant une déficience intellectuelle, et ce quel que soit le degré de sévérité de celle-ci.

Par conséquent, un suivi orthophonique peut être envisagé à l'âge adulte. En effet, le développement et l'entretien des capacités expressives trouvent leur place dans le projet thérapeutique (Rondal, 2009). Ceci ne signifie pas que la prise en charge doit être poursuivie jusqu'à tard dans l'existence mais qu'on peut « parfaitement intervenir de façon efficace jusqu'à l'âge adulte si nécessaire », et cela de façon ponctuelle et répétée. Il apparaît indispensable d'utiliser le quotidien comme support dans cette prise en charge afin de faciliter l'application de ces acquis. Lorsque les difficultés de communication sont importantes, l'orthophoniste peut introduire des outils de communication alternative ou augmentative afin de donner à la personne les moyens de s'exprimer.

Nous pouvons regretter qu'à l'heure actuelle, la prise en charge des adultes déficients intellectuels ne figure pas dans la nomenclature des actes orthophoniques et que les postes d'orthophoniste au sein des établissements accueillant ces adultes sont rares. La démarche d'entreprendre une rééducation orthophonique doit souvent venir du patient ou de sa famille et se fait dans un cadre libéral.

1.3.2.3. Place dans la société

La déficience intellectuelle s'intègre dans la notion plus large de handicap. Le handicap définit « 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 » (extrait de la loi du 11 février 2005).

Ces dernières décennies ont été riches en avancées concernant la prise en compte du handicap et l'insertion sociale des personnes qui en souffrent. La place de l'adulte déficient intellectuel au sein de la société se dessine dans les textes de loi mais son application dans les faits demeure encore difficile. En effet, la personne déficiente intellectuelle accède difficilement à un statut d'adulte de par une limitation de son autonomie, de sa compréhension et de ses actions. Son intégration dans la société est également freinée par sa difficulté à se fixer des buts et à développer des stratégies pour les atteindre (Juhel, 2010).

2. La communication

La communication désigne tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu (Brin-Henry *et al*, 2010).

2.1. La communication verbale

2.1.1. Définition

La communication verbale se définit comme un acte de langage qui est accompli entre deux personnes, à savoir un locuteur et un interlocuteur. Par opposition au non-verbal, le terme « verbal » désigne tout ce qui est oralisé ou écrit avec des mots (Brin-Henry *et al*, 2010).

2.1.2. Les facteurs de la communication verbale

Jakobson (1963) a défini six facteurs constitutifs des actes de communication verbale. Ainsi, tout acte de communication verbale met en jeu un **destinateur** (locuteur) qui émet un **message** en direction d'un **destinataire** (interlocuteur), qui peut-être absent ou virtuel. Ce message est doté d'un **réfèrent** (l'objet du discours). Pour émettre son message, le locuteur fait appel à un **code**, que l'interlocuteur est censé partager. La communication exige l'utilisation d'un **canal** physique (la voix, la page écrite, le geste, etc.) servant à établir le contact. Sera introduite par la suite la notion de rétroaction (ou feed-back), qui donne au locuteur des indications sur la manière dont son message a été reçu, lui permettant ainsi de s'ajuster.

2.1.3. Langage, langue et parole

2.1.3.1. *Le langage*

Outil essentiel de communication de l'homme, le langage peut être défini comme un système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres (Brin-Henry *et al*, 2010). Selon Benveniste (1966), le langage représente la forme la plus haute d'une faculté qui

est inhérente à la condition humaine : la faculté de symboliser. Il s'agit de « la faculté de représenter le réel par un signe et de comprendre le signe comme représentant du réel ». Un signe linguistique se compose du signifiant (le nom de l'objet), du signifié (le concept de l'objet) et du référent (l'objet réel). Le signifiant symbolise le signifié qui se rapporte au référent (Brin-Henry *et al*, 2010). Le langage constitue ainsi une activité symbolique de signification.

Cependant, le langage ne fait pas qu'exprimer la pensée. Il est un outil qui permet d'établir des liens, de comprendre le monde : il entre de ce fait dans la construction même de la pensée. « Le langage ne sert pas d'expression à une pensée toute prête, il ne la revêt pas comme une robe de confection. C'est au contraire par les mots que la pensée se fait » (Vygotski, 1977).

2.1.3.2. *Langue et parole*

Le langage n'est pas directement observable : son accès passe par les **langues** dans lesquelles il se réalise. C'est à travers son apprentissage et son appropriation de la langue, quelle qu'elle soit, que l'enfant va mettre le langage en fonctionnement. Le terme « **parole** » désigne quant à lui l'usage individuel que chacun fait de sa langue (Brin-Henry *et al*, 2010).

2.1.4. Les fonctions du langage

Selon Jakobson (1963), le langage peut exercer de multiples fonctions dans l'acte de communiquer. L'auteur a mis en évidence six fonctions essentielles du langage, correspondant aux facteurs de communication que nous avons définis précédemment.

- La fonction **expressive** est centrée sur le destinataire : elle exprime l'attitude de ce dernier à l'égard du contenu du message. Elle fait appel à l'intonation (jouant un rôle important pour exprimer les affects), aux interjections, aux gestes et aux mimiques, qui viennent soutenir et compléter l'expression verbale proprement dite (Yaguello, 1981).
- La fonction **conative** est centrée sur le destinataire : tout acte de communication a en effet une incidence sur le comportement de ce dernier.

- La fonction **référentielle** considère le référent comme l'élément central de la communication.
- La fonction **phatique** assure le bon fonctionnement du canal de communication. Elle a pour but de maintenir le contact entre le destinataire et le destinataire.
- La fonction **métalinguistique** impose de raisonner sur le code, destinataire et destinataire devant s'assurer qu'ils utilisent bien le même.
- La fonction **poétique** est centrée sur le message, auquel elle donne une valeur créative (Brin-Henry *et al*, 2010).

2.1.5. La boucle du langage

Une distinction est faite entre le versant réceptif (compréhension des énoncés) et le versant expressif (production des énoncés).

2.1.5.1. *Le versant réceptif*

La compréhension verbale se définit comme la capacité à accéder au sens, à la signification des messages linguistiques délivrés oralement ou par écrit (Brin-Henry *et al*, 2010). Accéder à la signification d'un énoncé nécessite d'abord la réception, par le système auditif, du signal de parole. L'information est ensuite transmise au cerveau (via le nerf auditif) et plus spécifiquement vers le lexique mental, passage obligé pour permettre la mise en lien entre l'univers physique des sons de la parole et l'univers symbolique des mots, des phrases et du discours. Le lexique mental contient en effet les associations entre les formes sonores et les significations pour tous les mots connus de l'auditeur (Rondal et Seron, 1999).

2.1.5.2. *Le versant expressif*

L'expression verbale correspond à la production d'un message linguistique émis oralement ou par écrit, message matérialisé par une suite ordonnée d'éléments linguistiques signifiants (Brin-henry *et al*, 2010). Le point de départ d'un message langagier réside dans une intention de communication (la personne souhaite faire part d'une ou de plusieurs informations).

Ces informations font l'objet d'une élaboration sémantique, puis d'une mise en mots : les éléments lexicaux sont sélectionnés dans le lexique mental puis ordonnés et marqués selon les règles morphosyntaxiques. Le message est ensuite mis en sons (encodage phonologique) puis mis en mouvements (planification des enchaînements musculaires nécessaires à la production du message).

Parallèlement à son élaboration, des instances de contrôle visent à comparer le message qui prend forme avec l'intention de communication définie au départ et à s'assurer de son intégration dans le contexte de la situation d'échange (Rondal et Seron, 1999).

2.2. Multicanalité de la communication

2.2.1. Définition

Comme nous l'avons vu précédemment, la communication comporte à la fois des éléments verbaux (communication verbale) et non verbaux (communication non verbale), selon des proportions variables. Consistant à transmettre et/ou recevoir un message dont le support n'est ni le langage oral ni le langage écrit conventionnel, **la communication non-verbale** regroupe les gestes, les mimiques et les expressions du visage, le regard, les postures et le tonus corporel, la distance interpersonnelle, l'investissement de l'espace, ainsi que tous les éléments supra-linguistiques que sont l'intonation, la prosodie, le rythme, le volume, etc. (Vidal, 2011). Ainsi, le sens des mots ne compterait que pour 7% seulement dans la compréhension du message. 38% de la compréhension serait assurée par la façon dont la voix est posée (intonation, intensité) et 55% par les gestes et les expressions du visage (Cataix-Nègre, 2011).

La thèse la plus récente de la multicanalité du langage postule l'existence d'un processus unique mêlant différents types de représentations (linguistiques et gestuelles) et aboutissant à la production d'un énoncé multimodal où ce sont tout à la fois les mots et les gestes du locuteur qui exprimeraient ces représentations (Colletta, 2011).

2.2.2. Les grands canaux de communication

Rondal et Seron (1999) distinguent trois grands canaux (ou modalités) selon la manière dont est encodé et décodé le message :

- Auditivo-verbal : expression orale, perception auditive
- Visuo-gestuel : expression gestuelle, perception visuelle
- Visuo-graphique : expression écrite, perception visuelle

2.3. La communication alternative et augmentative

2.3.1. Naissance du concept

Il y a une quarantaine d'année, lorsque la rééducation langagière des enfants présentant des troubles de la communication ne donnait pas les résultats escomptés, les professionnels se trouvaient démunis face à ces enfants dont l'accès au langage et à la parole était fortement compromis.

Certains praticiens sont alors partis du postulat qu'il serait préférable de s'intéresser en premier lieu à la communication dans son ensemble plutôt qu'au code à travers lequel celle-ci se développe et se réalise. Des alternatives au canal auditivo-verbal ont ainsi été mises en place avec l'utilisation d'images (dessins, photos, pictogrammes), de gestes, marquant la naissance d'un mouvement important en faveur de la communication alternative et augmentative (Monfort et Sanchez, 1995).

En 1983 est créée au Canada l'association ISAAC (International Society for Augmentative and Alternative Communication), à l'initiative de professionnels et de personnes concernées. Elle vise à promouvoir ces nouvelles formes de communication.

2.3.2. Définition

Aussi connue sous le terme de « communication alternative et améliorée », **la communication alternative et augmentative recouvre tous les moyens humains et matériels permettant de communiquer autrement ou mieux qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés ou absents. Elle vient compenser ou remplacer un**

manque ou une grande déficience de parole, un défaut de langage impactant la communication, pour la faciliter sous ces deux versants expressif et réceptif (Cataix-Nègre, 2011).

2.3.2.1. Communication alternative ou communication augmentative

Une distinction est ainsi faite entre la communication alternative et la communication augmentative. La première a pour objectif de proposer des moyens de remplacement quand la communication verbale est absente. La seconde vise à soutenir, compléter et augmenter le langage oral quand celui-ci n'est pas suffisamment fonctionnel (Noens I. *et al*, 2006). Qu'elle soit temporaire ou définitive, la mise en place d'une communication alternative et augmentative doit s'adapter à l'évolution de la personne.

2.3.2.2. Aides techniques et nouvelles technologies

La communication alternative et augmentative peut être de deux types (Roch, 2011) :

- **Sans aide technique** : elle repose sur les possibilités du corps du sujet (les gestes par exemple).
- **Avec aide technique** : elle nécessite un apport de matériel extérieur, technologique ou non. Les aides techniques sont regroupées sous le terme d'aides à la communication.

Les aides techniques **non technologiques** comprennent stylo et carnet, ardoise ou autre support pour écrire des messages, tableaux de communication, etc.

Les aides techniques **technologiques** comprennent entre autres des claviers adaptés, des contacteurs, des logiciels à commande oculaire... L'avantage le plus évident de ces aides techniques technologiques est l'émission de voix avec des logiciels comportant une voix de synthèse. Aujourd'hui le matériel proposé suit de près les avancées technologiques du grand public. Elles ont l'avantage d'améliorer l'expression ainsi que l'indépendance et l'autonomie des personnes, mais elles sont coûteuses et fragiles.

Les systèmes technologiques et non technologiques sont ainsi complémentaires.

2.3.3. L'intérêt d'une introduction précoce

Autrefois considérés comme solution de dernier recours, les systèmes de communication alternative et augmentative sont aujourd'hui proposés beaucoup plus précocement.

Cette introduction précoce s'explique en premier lieu par le fait que tout enfant a besoin d'un moyen de communication pour se développer. Il n'est pas concevable de laisser un enfant sans aucune possibilité de comprendre le langage des autres ni sans aucune possibilité d'expression structurée durant ses premières années de vie. L'absence totale ou quasi totale de langage a des répercussions importantes et irrémédiables sur le développement cognitif, affectif et social de l'enfant (Monfort et Sanchez, 1995).

L'introduction précoce s'explique également par son effet positif sur le comportement communicatif et par son rôle d'étayage : elle accompagne le développement du langage et aide à sa structuration. Monfort et Monfort-Juarez (2011) postulent que ces améliorations sont liées à un effet indirect et un effet direct. Les systèmes alternatifs et augmentatifs de communication permettent en effet à l'enfant de redevenir acteur (« agent principal ») de l'interaction et d'agir ainsi de manière plus efficace sur son entourage. Ce dernier pourra avoir des réponses mieux ajustées aux productions de l'enfant. Les interactions étant meilleures, l'enfant a ainsi l'occasion de vivre plus de situations d'apprentissages positives : c'est l'effet indirect. Ces formes de communication permettent également « de discriminer, d'analyser, de stocker et d'évoquer plus facilement les éléments qui composent le langage » : c'est l'effet direct. Monfort et Sanchez (1995) soulignent par ailleurs qu'en aucun cas l'introduction d'un système alternatif ou augmentatif de communication chez l'enfant ne suppose l'abandon de la stimulation orale.

Ainsi, contrairement à ce que craignent de nombreux parents, la mise en place de systèmes de communication alternative et augmentative n'empêche pas le développement du langage oral. La mise en place d'outils de communication alternative et augmentative a en effet un impact sur l'expression et permet également des progrès significatifs sur le versant de la compréhension (Cataix-Nègre, 2011).

2.3.4. L'évaluation en vue de la mise en place d'un projet de communication alternative ou augmentative

Effectuée par les différents professionnels qui composent l'équipe (l'orthophoniste, l'ergothérapeute, le neuropsychologue, etc.) elle a pour but de mettre en lumière les capacités de la personne ainsi que les mécanismes de compensation possibles, afin de mettre en place une aide la plus adaptée possible (Cataix-Nègre, 2011).

Il est nécessaire de réaliser une « observation préalable suffisamment précise des situations spontanées et naturelles d'interaction ainsi que des besoins réels de communication » (Monfort et Sanchez, 1995). Il est également important de définir le niveau de compréhension de la personne, ainsi que son stade de développement. Chaque système de communication alternative et augmentative demande en effet un niveau de symbolisation différent (Roch, 2011).

Ainsi, pour orienter le choix d'une forme de communication alternative ou augmentative chez une personne présentant une déficience intellectuelle, il est important de proposer :

- Un **bilan du langage** (effectué par l'orthophoniste). L'interprétation des résultats doit cependant tenir compte du fait que la communication est inhérente à la situation d'évaluation : il faut communiquer pour évaluer.
- Un **bilan psychométrique** (qui donne des indications sur le niveau de développement et les performances dans le domaine non langagier).
- Un **bilan des fonctions sensorielles** (qui évalue principalement le bon fonctionnement de la vue et de l'audition).
- Un **bilan des autres fonctions cognitives** (mémoire, attention et fonctions exécutives) (Cataix-Nègre, 2011).

Les professionnels réalisent également une évaluation motrice et ergonomique.

Il faut garder à l'esprit que l'évaluation se déroule dans des conditions optimales : la personne est en situation duelle, avec très peu de bruits environnants. Les résultats obtenus reflètent donc les capacités optimales de la personne évaluée. Or les conditions de communication quotidiennes sont généralement moins favorables. C'est pourquoi il est recommandé de mettre en place des outils de communication alternative ou augmentative

légèrement en dessous de ce meilleur niveau possible, afin qu'ils puissent constituer un point de repère et être utilisés par la personne en toutes circonstances (y compris en situation bruyante, en situation de stress ou de fatigue).

2.3.5. Les outils de communication alternative et augmentative

2.3.5.1. *Supports tridimensionnels*

La communication alternative et augmentative peut se faire au travers d'objets. Il peut s'agir d'objets réels ou d'objets symboliques (objets référents). Ces objets référents peuvent être rattachés à la réalité (par exemple le gant de toilette représente le moment de la toilette) ou non (le cube en bois donné à la personne indique qu'il doit se rendre en séance d'orthophonie par exemple).

La personne se voit proposer des objets concrets ou référents à prendre avec elle, à emporter d'un lieu à un autre, à échanger contre un bonjour ou l'activité elle-même, ou à apposer à côté de son semblable sur la porte de l'activité. Les symboles des lieux et des actions sont ainsi « mis en scène » et intégrés dans la situation vécue (Cataix-Nègre, 2011).

2.3.5.2. *Supports bidimensionnels*

Les supports bidimensionnels regroupent les **images (photos, dessins, pictogrammes)** et le **langage écrit**.

2.3.5.2.1. Les images

2.3.5.2.1.1. Terminologie

Les images rassemblent les photos, les dessins ainsi que les pictogrammes.

➤ Les photos

La relation entre le symbole et le référent est évidente avec des photos. Elles peuvent cependant comporter des détails distrayants qui ne les rendent pas plus faciles à comprendre que les pictogrammes.

➤ Les dessins

Moins schématiques que les pictogrammes, ils comportent parfois une dimension artistique qui peut parasiter le message.

➤ Les pictogrammes

Les pictogrammes sont des symboles graphiques codés. Leur représentation visuelle épurée permet la généralisation et l'abstraction à partir de situations données. Pour plus de facilité, il est préférable de privilégier des pictogrammes au graphisme simple, facilement reproductibles à la main (Cataix-Nègre, 2011).

2.3.5.2.1.2. Apports et limites

Les images ont l'avantage de représenter le concept dans sa permanence : elles font en effet référence à des personnes, à des objets, à des lieux, etc. qui continuent d'exister même s'ils ne sont plus visibles. Par leur aspect statique et durable, elles contribuent ainsi à construire la permanence de l'objet, indispensable à la symbolisation. Elles donnent des repères, soutiennent les apprentissages, favorisent la construction psychique et l'autonomie des personnes (Georget, 2009).

Les images constituent également une aide à la structuration du langage : elles permettent la segmentation de la phrase en unités signifiantes et introduisent la notion de syntaxe. Elles peuvent être accompagnées de leur traduction écrite, offrant ainsi une entrée facilitée vers la lecture et l'écriture.

Malgré tout, la communication avec les images comporte des limites. Le lexique mis à la disposition de la personne est en effet restreint, du fait des contraintes de manipulation. La priorité est donnée aux mots porteurs de sémantique plutôt qu'aux mots fonctions. Par ailleurs, il est plus difficile d'exprimer une nuance, les images représentant une réalité segmentée, moins riche que les mots.

2.3.5.2.1.3. Les principales méthodes existantes

➤ Le PECS

Développé aux Etats-Unis par Andrew Bondy (psychologue) et Lori Frost (orthophoniste) en 1985, le PECS (Picture Exchange Communication System) est un système de communication reposant sur l'échange d'images. Il a pour objectif d'instaurer une communication fonctionnelle auprès de personnes autistes ou de personnes ne possédant pas un langage oral intelligible ou fonctionnel.

Le protocole impose le respect d'une progression rigoureuse d'apprentissage de la communication en six étapes. Son application nécessite la présence d'un partenaire et d'une personne qui assure la guidance, en particulier au début. Le principe consiste à échanger une image contre un objet désiré. L'échange est accompagné de renforcements variés. Le système apprend ensuite la distinction entre les images puis enseigne à les organiser ensemble dans des phrases simples (Cataix-Nègre, 2011).

➤ Le programme Makaton

Le programme Makaton associe la parole, les signes et/ou les pictogrammes, permettant ainsi une communication multimodale. Les signes sont issus de la langue des signes.

Venu de Grande-Bretagne (promu par Mme Margareth Walker, orthophoniste), cette méthode arrive en France dans les années 1990. Conçue initialement pour des adultes présentant une déficience auditive et mentale associées, elle s'adresse aujourd'hui à une population plus large (personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles spécifiques du langage, personnes autistes, etc.).

Le programme comprend un vocabulaire de quatre cent cinquante concepts, classés en huit niveaux auxquels s'ajoute un niveau complémentaire. Les premiers niveaux rassemblent le vocabulaire nécessaire pour exprimer les besoins élémentaires, les niveaux suivants présentent le vocabulaire par étapes successives avec une complexité langagière croissante. Toutes les catégories grammaticales (noms communs, pronoms personnels, verbes, adjectifs, etc.) sont représentées au sein de chaque niveau. Le programme compte également un lexique supplémentaire répertorié par thèmes, qui permet d'enrichir les huit premiers niveaux.

La méthode, très structurée, conseille de respecter les niveaux lors de l'apprentissage du vocabulaire, mais rien n'interdit une certaine flexibilité pour s'adapter aux besoins de la personne (Cataix-Nègre, 2011).

➤ Le système Bliss

Le système Bliss a été créé dans les années 1940 par un Australien, Charles Bliss, dont l'objectif était de concevoir une écriture symbolique universelle. Il est redécouvert en 1971 par une équipe canadienne qui l'adapte alors comme outil de communication alternative et augmentative pour des enfants infirmes moteurs cérébraux. Ce système se compose de pictogrammes, d'idéogrammes et de symboles arbitraires formés à partir de signes géométriques simples (lignes, cercles, etc.). On compte environ 1400 symboles de base. Ces symboles de base se combinent entre eux, avec des règles précises, offrant ainsi un vocabulaire illimité. Cependant, il s'agit d'un système complexe, qui nécessite un apprentissage long et un certain niveau d'abstraction. C'est sans doute cette complexité qui fait qu'il n'est plus très utilisé aujourd'hui malgré son grand intérêt sur le plan linguistique (Brin-Henry *et al*, 2010).

➤ La méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren)

En français « Traitement et Education des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication similaires », le programme TEACCH a été développé aux Etats-Unis dans les années 1970 par Eric Schopler. Il s'adresse aux personnes autistes tout au long de leur vie. Il accorde une grande place aux parents et prône une collaboration étroite entre ces derniers et les professionnels. Cette méthode repose sur l'introduction de schémas visualisés et d'aménagements de l'environnement, afin de structurer le temps et l'espace (Cataix-Nègre, 2011).

Il existe également des codes utilisant des pictogrammes spécifiques (Parlerpictos, GRACH, les pictogrammes de CORNUSSE, Pictogramm, CAP, PCS, Idéo-pictogrammes...) qui ne font pas partie d'une méthode particulière.

2.3.5.2.1.4. Les supports

➤ L'environnement

Placés dans l'environnement, les images donnent des repères. Il est ainsi possible de mettre en place un trombinoscope, un emploi du temps individuel indiquant le déroulement de la journée, un calendrier de l'année (avec les événements importants), des panneaux qui rappellent les règles de vie, les droits et les devoirs, etc.

➤ Le cahier de vie

Il s'agit d'un journal composé de photos, de dessins, de pictogrammes, et d'objets que le propriétaire et son entourage réalisent afin de retracer les activités de la journée, les centres d'intérêt... Il constitue un médiateur qui permet d'instaurer une communication à partir d'un univers de référence rassurant. Son utilisation régulière, par des partenaires qui parlent en désignant et en manipulant les objets accompagnés de signes, permet progressivement de faire découvrir à celui à qui il appartient le sens et l'utilité des images et objets référents. Par la suite, la personne pourra l'utiliser en expression en reprenant les images ou objets qu'il contient (Cataix-Nègre, 2011).

➤ Le classeur de communication

Couramment utilisé, le classeur de communication comprend les images dont la personne a besoin dans sa vie quotidienne.

➤ Les tableaux de communication

Les tableaux de communication sont des surfaces divisées en cellules sur lesquelles sont disposés des signifiants, la plupart du temps en deux dimensions : images, lettres, syllabes, mots ou phrases... Ils peuvent être conçus sur différents supports (classeur, livret, carnet, tablette, tissu, affiche, etc.). L'utilisateur désigne et c'est à l'interlocuteur qu'il revient de décoder le message et de le formuler à voix haute. Ils font partie des aides techniques non technologiques les plus utilisées. Ils peuvent être complétés par des outils technologiques pour donner une voix (synthétique ou numérisée) à l'utilisateur. On peut également proposer des tableaux en contexte : ils proposent du vocabulaire thématique contextuel en lien avec le lieu et l'activité (par exemple un set de table contenant les pictogrammes utiles pour faire des demandes et exprimer des choix au cours du repas) (Cataix-Nègre, 2011).

➤ Les fiches de dialogue

Utilisées lors d'une consultation médicale, d'un rendez-vous chez un professionnel ou lors de toute autre situation durant laquelle les échanges sont en partie prévisibles, ces fiches permettent de disposer du vocabulaire (présenté en dessins ou en pictogrammes) utile pour l'interaction. Elles facilitent ainsi le recueil des réponses de la personne et aident la compréhension des informations données par l'interlocuteur.

2.3.5.2.2. Les codes reposant sur l'écrit

2.3.5.2.2.1. Apports et limites

Ces moyens sont privilégiés lorsque le sujet maîtrise la lecture et l'écriture. Ils ont en effet l'avantage de ne pas restreindre le vocabulaire et d'être accessibles par de nombreux interlocuteurs, la majorité de la population sachant lire. Le nombre de cases d'un tableau utilisant l'écrit est par ailleurs moins important que sur un tableau de pictogrammes, ce qui facilite la manipulation et le transport de l'outil de communication. En revanche, l'élaboration du message reste longue (Cataix-Nègre, 2011).

2.3.5.2.2.2. Les différents tableaux

Il existe différents tableaux utilisant l'écrit :

➤ Les tableaux alphabétiques

Reposant sur l'alphabet, ce sont les tableaux les plus simples. Ils peuvent également comporter une zone comprenant des mots usuels, des phrases courtes, des chiffres.

L'alphabet peut être présenté de façon « classique » selon :

- L'ordre linéaire (ABCD)
- L'ordre AZERTY
- L'ordre de fréquence des lettres (le code ESARIN est le plus connu mais il en existe d'autres).

Il peut également être présenté par lignes ou par tableaux matriciels (tableaux à double entrée).

➤ Les tableaux phonétiques

Ils consistent à écrire le mot ou la phrase voulus de la même manière qu'ils sont prononcés.

- Le PARLESILAB

Créé par Mme Goodenough-Trepagnier, linguiste francophone du Québec, ce tableau se compose de 288 cases d'unités phonologiques (phonèmes, syllabes et groupes consonantiques) et de chiffres. Il nécessite pour la personne qui l'utilise la maîtrise de la correspondance grapho-phonologique mais permet de tout dire, du moment que l'interlocuteur parvient à construire du sens là où il reçoit du son. Il faut cependant s'assurer que cet outil ne viendra pas perturber chez la personne sa maîtrise du langage écrit, en particulier chez des enfants en cours d'apprentissage (Secqueville, 1995).

- L'ECRIRE

Du même auteur que le PARLESILAB, ce code est composé d'un ensemble de lettres, de graphèmes, de syllabes, de mots et de chiffres. Moins économique que le PARLESILAB puisqu'il est composé en majorité de mots, il a cependant l'avantage de ne pas perturber l'apprentissage de la langue écrite en permettant une orthographe correcte (Secqueville, 1995).

➤ Les tableaux de mots

Les mots sont classés par thème ou par ordre alphabétique.

Quel que soit le tableau utilisé, l'interaction peut se dérouler de deux manières différentes : soit la personne désigne, soit c'est l'aidant qui effectue oralement une épellation de l'alphabet ou des grandes zones du tableau (il faut alors convenir d'un signe de validation pour permettre de sélectionner lettre à lettre son message ou les différents items de la zone). A force de pratique, les interlocuteurs finissent par s'ajuster l'un à l'autre, rendant ainsi la communication de plus en plus efficace (Cataix-Nègre, 2011).

2.3.5.3. *La communication gestuelle*

2.3.5.3.1. Terminologie

La communication gestuelle regroupe l'ensemble des formes verbales qui utilisent le canal gestuel et reposent sur les signes.

Il convient de faire la différence entre geste et signe. Les gestes sont des mouvements corporels naturels qui accompagnent la parole au cours de l'interaction. Ils font partie intégrante de notre langage non-verbal (Cataix-Nègre, 2011). Les signes sont des gestes conventionnés, qui prennent valeur de code. Ils ont un statut linguistique dans la mesure où ils ont la même valeur symbolique que les mots en permettant une communication à propos de référents absents (Hage, 1995).

Les codes qui vont être présentés par la suite utilisent le signe en tant qu'entité isolée et suivent l'ordre du langage parlé. Ils sont donc à distinguer de la langue des signes, langue à part entière avec une syntaxe propre. Langue d'usage des personnes sourdes, la langue des signes peut cependant être proposée à des personnes présentant des difficultés de communication orale ou des troubles du langage (Virole, 2013).

2.3.5.3.2. Apports et limites

L'intérêt premier des signes réside dans leur utilisation originelle : bien avant de parler, les jeunes enfants communiquent par gestes. Les systèmes gestuels représentent ainsi l'évolution d'un moyen naturel de communication.

Plus encore, les signes font partie intégrante du développement de la communication : il existe une relation étroite entre le développement de la gestuelle et celui du langage parlé (Cataix-Nègre, 2011). En effet, les premiers gestes précèdent les premiers mots et la combinaison de deux éléments geste + mot précède chez tous les enfants la combinaison mot + mot. Ce lien justifie la démarche qui consiste à étayer l'un des versants à partir du renforcement de l'autre (Monfort et Monfort-Juarez, 2011).

De plus, l'utilisation conjointe des signes et de l'oral renforce les liens conceptuels en facilitant le découpage de la chaîne verbale et l'association des signifiants alors repérés avec

leur pendant sémantique (Roch, 2011). Leur stockage en mémoire est facilité par leur réalisation motrice par la personne elle-même et par le fait qu'ils lui permettent de se représenter visuellement le sens de la phrase (Monfort et Sanchez, 1995). En effet, à l'inverse des mots qui sont arbitraires, la plupart des signes sont iconiques. En présentant visuellement les concepts évoqués, ils facilitent en particulier la compréhension de certaines notions cognitives. C'est le cas par exemple pour des signes indiquant des quantités (Virole, 2013). Il est également plus simple de guider la réalisation d'un signe que celle d'un mot : on aide plus facilement la personne à positionner ses mains plutôt que sa bouche.

Les signes ont enfin l'avantage d'être toujours disponibles et de ne pas nécessiter de matériel spécifique.

En revanche, la communication gestuelle ne peut se faire si les interlocuteurs ne sont pas initiés : son utilisation auprès d'un entourage élargi est donc difficile. Les signes nécessitent également des capacités motrices et praxiques (configuration de la main, mouvement, localisation par rapport au corps, orientation, expression du visage) qui peuvent constituer un frein à leur utilisation. Par ailleurs, ils sont éphémères et ne possèdent pas une structure spatiale concrète. C'est pourquoi il est conseillé d'introduire des pictogrammes en parallèle : ces derniers constituent une aide complémentaire précieuse par leur caractère permanent (Cataix-Nègre, 2011).

2.3.5.3.3. Précisions méthodologiques

Il est important d'intégrer progressivement les signes codifiés aux signes spontanés utilisés par la personne (afin de ne pas nier son expression spontanée). Notons également que l'interlocuteur signe les mots importants de la phrase, dans l'ordre de la parole mais ne signe jamais sans parler (Hage, 1995).

2.3.5.3.4. Les codes gestuels

➤ Le français signé

Le français signé consiste en un codage gestuel du français : il permet de visualiser les mots à « contenu sémantique plein » dans l'ordre des mots du français (Hage, 1995). Les

signes qui s'ajoutent aux mots sont empruntés au lexique de la langue des signes française (Virole, 2013).

➤ Le programme Makaton (décrit précédemment)

➤ Le CO.G.HA.MO ou Communication Gestuelle pour Handicapés Moteurs

Conçu et expérimenté par Marie-Gabrielle Tytgat, orthophoniste, le Coghamo est un langage gestuel issu du français signé en Belgique et des gestes de la vie courante. Il est désigné par son auteur sous le terme de « langage gestuel S.O.S » car il est constitué d'un vocabulaire réduit de 107 signes polysémiques permettant d'exprimer les besoins essentiels.

Les signes sont simples à réaliser car la méthode s'adresse principalement aux personnes présentant un handicap moteur. La simplification a aussi pour but de les rendre plus accessibles aux personnes polyhandicapées. Pour les personnes dont la motricité le permet, le Coghamo peut être complété par d'autres systèmes de signes offrant un vocabulaire plus large (le Makaton, le Sésame ou le français signé par exemple). Quatre affiches reprennent l'ensemble du vocabulaire : aide-mémoires, elles sont destinées à être placées dans l'environnement. L'auteure propose également un livret, à destination des parents et des professionnels, qui expose la méthodologie et explique le vocabulaire, ainsi qu'une version du vocabulaire destinée aux enfants (Cataix-Nègre, 2011).

➤ Sésame

Le Sésame est une méthode gestuelle de communication, conçue au centre La Clairière (à Bruxelles), centre accueillant des adultes présentant une déficience intellectuelle moyenne, sévère ou profonde.

La méthode se compose actuellement de huit cents signes, en grande partie issus de la langue des signes de Belgique francophone. Les autres signes proviennent de dialectes belges ou de langues des signes étrangères, soit parce qu'ils proposent une représentation du concept plus accessible soit parce que leur réalisation motrice est plus facile (Cataix-Nègre, 2011).

Il existe d'autres méthodes gestuelles, développées dans différents pays : Les mains animées (Québec), le CSS (Allemagne, Espagne, Danemark), le SMOG (Pays-Bas)...

2.3.6. Les conditions de la réussite du projet

2.3.6.1. *L'accompagnement humain*

L'entourage (les professionnels qui composent l'équipe, la famille) joue un rôle indispensable. Les outils de communication alternative et augmentative mis en place ne peuvent en effet prendre sens que grâce à l'étayage de l'entourage, qui, « en assistant les personnes dans leur compréhension et leur expression » fait partie intégrante du projet de communication (Cataix-Nègre, 2011). C'est l'entourage qui donne le bon modèle, renvoie un feed-back correctif de la production de la personne, donnant ainsi sens aux outils de communication (Secqueville, 1995).

2.3.6.2. *Une intégration en situation réelle*

L'appropriation par la personne de l'outil de communication passe également par son utilisation quotidienne, en situation réelle. Cette mise en pratique au quotidien, dans différentes situations et au sein d'interactions de qualité avec l'entourage a pour objectif de rendre la communication la plus fonctionnelle possible.

Méthodologie

1. Démarche

Dans le cadre de notre mémoire nous avons décidé d'établir des préconisations en matière d'outils d'aide à la communication et d'aménagements de l'environnement pour des adultes déficients intellectuels présentant d'importantes difficultés de communication.

Il nous a paru important de nous interroger sur les capacités de compréhension de ces personnes afin d'adapter de manière personnalisée l'environnement et de proposer des systèmes de communication les plus appropriés à leurs compétences. Pour ce faire, nous nous sommes appuyées sur le ComVoor, outil d'évaluation que nous présenterons par la suite.

Nous avons également souhaité intégrer à notre projet les professionnels travaillant au quotidien avec cette population puisqu'ils sont des partenaires indispensables dans la mise en place de ces adaptations. Nous avons donc élaboré un questionnaire pour nous permettre d'appréhender leur pratique quotidienne et leurs connaissances au sujet de la communication alternative et augmentative afin d'ajuster au mieux nos recommandations.

Nous avons pris contact avec une vingtaine d'établissements de Meurthe-et-Moselle accueillant des adultes porteurs de déficience intellectuelle. Un seul de ces établissements est pourvu d'un poste d'orthophoniste : nous avons choisi d'y réaliser la partie pratique de notre travail, soutenues et encadrées par cette orthophoniste.

2. Établissement et population

2.1. L'établissement

L'établissement au sein duquel nous nous sommes rendues est la Maison Michelet, située à Nancy. Cet établissement fait partie de l'Association AEIM-ADAPEI 54, elle-même adhérente à l'UNAPEI.

La Maison Michelet accueille, sur notification d'orientation de la CDAPH, des personnes présentant une déficience intellectuelle moyenne, sévère ou profonde, avec ou sans trouble associé (autisme, TED, troubles moteurs...). Tous les résidents sont dépendants d'une tierce personne dans les gestes essentiels de la vie quotidienne.

La Maison Michelet est composée :

- d'un **FO** (Foyer Occupationnel) : 19 personnes sont accueillies en journée dans ce foyer de vie. Ces résidents n'ont pas un statut de travailleur handicapé car ils sont reconnus inaptes au travail.
- d'un **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) : il répond aux besoins constatés dans l'accompagnement en soins des 19 personnes accueillies en journée, ainsi que pour 4 personnes à domicile.
- d'un **FAM** (Foyer d'Accueil Médicalisé) : il accueille 24 personnes en hébergement continu et 12 personnes en accueil de jour. Ces 36 résidents sont également inaptes à réaliser une activité à caractère professionnel, et nécessitent de plus une surveillance et des soins constants.

Cinquante-cinq professionnels travaillent dans cet établissement au sein de l'équipe d'accompagnement, de l'équipe médicale et paramédicale, du service administratif et du service d'entretien/cuisine. L'équipe d'accompagnement est constituée d'éducateurs spécialisés, d'aides médico-psychologiques, de moniteurs-éducateurs. L'équipe médicale et paramédicale est quant à elle composée d'un médecin, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'un kinésithérapeute. Soulignons également la présence d'une orthophoniste à temps partiel, ce qui est encore rare dans ce type d'établissement.

L'équipe pluridisciplinaire élabore, en lien avec la famille, un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) pour chaque résident en tenant compte de ses besoins

et de ses souhaits. Ce projet définit notamment les aides techniques et humaines à mettre en œuvre pour compenser la dépendance au quotidien et améliorer le bien être, ainsi que les prises en charges médicales et paramédicales nécessaires. Une réunion de synthèse a lieu annuellement pour réactualiser ce PAP.

Durant l'accueil de jour, l'accompagnement des cinquante-cinq résidents s'organise autour de 3 pôles : un pôle bien-être/sensoriel, un pôle structuration/vie quotidienne, et un pôle communication/vie sociale. Les activités sont proposées en fonction des besoins, choix et centres d'intérêt de chaque résident (ludothèque, cuisine, activités physiques adaptées, atelier communication, balades en extérieur...). C'est également en journée qu'ont lieu les différentes prises en charge thérapeutiques.

2.2. Population

Notre étude porte sur quatre résidents de la Maison Michelet présentant **d'importantes difficultés pour communiquer efficacement au quotidien.**

Nous avons choisi d'exclure les personnes dont la déficience intellectuelle est incluse dans un syndrome (trisomie 21 par exemple), ou pour lesquelles un diagnostic d'autisme est posé. Nous avons en effet décidé de faire porter notre mémoire sur la déficience intellectuelle non syndromique car elle n'est que peu abordée dans la littérature bien qu'elle concerne une part importante de la population des personnes déficientes intellectuelles.

Nous n'avons pas tenu compte de l'âge ni du sexe des résidents. En revanche, nous avons choisi des personnes suivies en orthophonie pour que nos préconisations soient reprises plus facilement au sein de l'établissement.

Nous avons obtenu l'accord des représentants légaux des résidents pour faire participer ces derniers à notre travail de recherche (annexe 2).

Nous avons intégré les différents pôles au cours de plusieurs activités afin de faire connaissance avec ces résidents et d'établir leur profil de communication en situation fonctionnelle. Nous présentons ici la synthèse des informations recueillies dans leurs dossiers et lors de nos rencontres. Trois d'entre eux ont été évalués avec une version antérieure du

ComVoor il y a plusieurs années : nous nous situons ainsi dans une optique de réactualisation des données pour établir des préconisations adaptées à leurs compétences actuelles.

2.2.1. Philippe

Né en 1964, Philippe est actuellement âgé de 50 ans. Il présente une déficience intellectuelle profonde d'origine prénatale. Il a été scolarisé en IME puis en IMPro avant de travailler pendant 8 ans dans un CAT. Depuis 19 ans, il est accueilli au FAM de la Maison Michelet. Il rentre régulièrement chez ses parents.

➤ Motricité

Son habileté motrice globale est satisfaisante, ainsi que sa coordination bi-manuelle. La préhension est souvent palmaire, mais une préhension fine est possible.

➤ Autonomie et relations sociales

Malgré ses difficultés de repérage dans le temps et l'espace, Philippe montre une relative autonomie en ce qui concerne ses déplacements dans des lieux connus et repérés de l'établissement.

Il peut demander une aide en cas de difficultés et peut entreprendre une activité simple de lui-même. Il va chercher les choses qui l'intéressent ou prend le bras de l'encadrant pour le conduire à l'endroit de l'objet convoité. Philippe présente des difficultés d'attention et de concentration qui s'améliorent lorsque l'environnement est limité en stimuli externes.

➤ Pré-requis à la communication

Les pré-requis à la communication ne sont pas complètement installés. L'attention conjointe et l'imitation de certains gestes sont possibles. En revanche, le contact oculaire reste furtif et les tours de rôle ne sont pas toujours respectés. Philippe présente une certaine appétence à la communication mais il établit peu de relations avec ses pairs.

➤ Communication

L'**expression** de Philippe se résume à des émissions sonores (quelques voyelles et bilabiales, mais aucun mot identifiable) accompagnées parfois de gestes. Son visage est très expressif et permet à Philippe d'exprimer ses émotions.

La **compréhension verbale** de Philippe lui permet d'avoir accès aux phrases simples énoncées en contexte et aux verbes d'action (donne, prends, assieds-toi...).

➤ Prise en charge orthophonique

Philippe est pris en charge en orthophonie afin de mettre en place le PEC'S (communication par échange d'images). Cette méthode est en cours d'acquisition. En effet, la première phase est intégrée (il sait tendre seul son pictogramme) et commence à utiliser son classeur pour faire des demandes au cours des repas et des activités. Cependant, la discrimination des images reste à travailler.

Cette généralisation de l'utilisation du classeur rentre dans l'objectif de son PAP qui est de développer un mode de communication alternatif.

La précédente passation du ComVoor situait Philippe au stade « représentatif objet ».

2.2.2. Simon

Né en 1981, Simon est actuellement âgé de 33 ans. Il présente une déficience intellectuelle moyenne d'origine post-natale. Enfant, il a été pris en charge par un SESSAD et a été scolarisé en IME puis IMPro. Il réside au domicile de ses parents et est accueilli de jour, depuis 13 ans, au sein du FO de la Maison Michelet, et bénéficie de l'accompagnement SAMSAH.

➤ Motricité

Simon présente un retard psychomoteur global mais sa coordination bi-manuelle et sa préhension fine sont bonnes.

➤ Autonomie et relations sociales

Simon sait se repérer au sein de l'établissement mais les déplacements sont souvent source d'opposition. Il est capable de demander une aide en cas de difficultés mais prendre des décisions ou des initiatives reste compliqué. Sa concentration est labile et Simon peut vite se laisser parasiter par ce qui l'entoure.

➤ Pré-requis à la communication

Les pré-requis à la communication sont présents chez Simon. En effet, le contact oculaire ainsi que l'attention conjointe sont possibles, les tours de rôle sont respectés et Simon présente une réelle appétence à la communication.

➤ Communication

Sur le plan de l'**expression**, Simon présente un langage verbal restreint. Il utilise souvent des expressions langagières accompagnées de gestes. Il peut exprimer des phrases simples en juxtaposant deux ou trois mots et sait exprimer des choix clairs (oui-non). Son langage oral présente de nombreuses déformations (omissions et substitutions de phonèmes, simplification de groupes consonantiques...) et des écholalies sans valeur pragmatique sont fréquemment observées. Son visage et ses mimiques sont très expressives.

La **compréhension verbale** de Simon lui permet d'avoir accès à des phrases simples et à de nombreux mots isolés.

➤ Prise en charge orthophonique

Simon est suivi en orthophonie au sein du groupe « langage oral » pour l'amener à développer son lexique et sa syntaxe. La mise en place d'un outil de communication augmentative tel que les gestes Makaton a récemment été suggérée dans le PAP.

La précédente passation du ComVoor situait Simon au stade « représentatif objet-photo ».

2.2.3. Gérald

Né en 1964, Gérald est actuellement âgé de 50 ans. Il présente une déficience intellectuelle profonde dans le cadre de troubles envahissants du développement. Il a été accueilli en IME puis en IMPro, avant de travailler en CAT (avec un hébergement en foyer). Il est entré à la Maison Michelet en 1997 à l'externat puis à l'internat depuis 2001. Il est sur le pôle 2 le matin et intègre le pôle 1 l'après-midi pour se reposer. Il rentre régulièrement au domicile de ses parents.

➤ Motricité

Gérald se déplace avec difficulté du fait d'une hémiparésie droite. Sa motricité fine est bonne.

➤ Autonomie et relations sociales

Gérald présente des difficultés importantes pour s'orienter dans l'espace et dans le temps : le déroulement chronologique de la journée n'est pas maîtrisé (un time timer a été mis en place pour lui permettre de mieux se représenter le temps qui passe et de mieux supporter l'attente). Les moments de transition sont difficiles à vivre pour Gérald. Pour limiter les blocages, l'image correspondant à l'activité lui est remise (étant donné qu'il ne se repère pas dans le temps, il est nécessaire de lui donner l'information au moment de l'action).

Gérald est en capacité de manifester son désir d'activité et d'exprimer un choix. Il peut entreprendre une activité simple mais il a besoin d'aide et de réassurance pour aller au bout des actions entreprises. Il a des difficultés pour maintenir son attention de manière régulière. Gérald ne demande pas clairement d'aide mais il manifeste sa colère pour attirer l'attention des encadrants. L'utilisation du pictogramme « aide-moi » est en cours d'apprentissage pour faciliter ses demandes d'aide.

La frustration de ne pas être compris peut entraîner chez Gérald des colères et des manifestations d'auto-agressivité. Nonobstant ces réactions, il fait preuve d'un comportement empathique envers ses pairs et les professionnels.

➤ Pré-requis à la communication

Les pré-requis à la communication sont présents : le contact oculaire, le pointage et l'imitation (de gestes, de praxies bucco-faciales) sont obtenus, ainsi que l'attention conjointe (elle est cependant de courte durée) et les tours de rôle sont respectés. Par ailleurs, Gérald fait preuve d'un désir manifeste de communiquer.

➤ Communication

Sur le plan de l'**expression**, Gérald produit de nombreuses onomatopées et syllabes simples (isolées ou dupliquées) dont certaines possèdent une valeur lexicale : il dispose ainsi d'un lexique d'une vingtaine de « mots » (récapitulé par ses parents dans son dossier). Ce langage codé n'est pas compréhensible par tous les encadrants. Sa communication passe également par son visage, qui est très expressif : Gérald possède des mimiques faciales

diversifiées qui lui permettent d'exprimer ses émotions (joie, colère, etc.). Ses expressions intonatives sont elles aussi variées et laissent entendre sa colère, son questionnement... Il utilise également des gestes à visée communicative : par exemple, il pointe sa montre pour demander s'il est l'heure d'aller manger).

La **compréhension verbale** de Gérald lui permet d'avoir accès à des phrases simples en contexte. Il possède un bon stock lexical et les verbes d'action simple sont bien compris.

➤ Prise en charge orthophonique

Gérald bénéficie d'une prise en charge orthophonique sur deux groupes : le groupe Makaton (une fois par semaine) et le groupe PEC'S (une fois par quinzaine). Sa participation sur ces deux groupes vise à améliorer sa communication expressive (un des objectifs du PAP).

La rééducation est également axée sur la communication réceptive par la mise en place d'un schéma journalier pour l'aider à mieux se repérer dans la journée ainsi que d'un semainier sur l'hébergement pour lui permettre de situer les nuitées dans l'établissement et les retours en famille.

2.2.4. Charles

Né en 1972, Charles est actuellement âgé de 42 ans. Il présente une déficience intellectuelle profonde. Il est accueilli à la Maison Michelet depuis 1994 (nous ne possédons pas d'informations sur son parcours antérieur).

➤ Motricité

Charles ne présente pas de déficience motrice caractéristique. La coordination bi-manuelle globale et la préhension fine sont bonnes.

➤ Autonomie et relations sociales

Charles est en difficulté pour s'orienter dans l'espace et dans le temps : le déroulement chronologique d'une journée n'est pas intégré. Il n'est pas capable de prendre seul des décisions ou des initiatives et a besoin de guidance pour mener à bien une activité simple, en particulier pour maintenir et canaliser son attention. En revanche, il sollicite verbalement

l'adulte pour obtenir de l'aide ou de l'attention. Relativement inhibé, Charles reste en retrait du groupe. Il appréhende également l'échec face à des situations inhabituelles.

➤ Pré-requis à la communication

Les pré-requis à la communication ne sont pas complètement installés. Le contact oculaire reste furtif (Charles ne maintient pas son regard en direction de son interlocuteur), l'attention conjointe est possible mais pas de sa propre initiative et les tours de rôle ne sont pas toujours respectés. Il est en capacité d'imiter des gestes sur demande et présente une certaine appétence à la communication.

➤ Communication

Sur le plan de **l'expression**, Charles dispose d'un langage verbal simple : il possède un certain stock lexical et élabore des phrases de deux ou trois éléments. Il peut faire de très courts récits d'événements, rapporter des informations. Cependant, Charles présente une hypotonie bucco-faciale et un débit très rapide qui altèrent la prononciation de certains phonèmes (en particulier /ch/ et /j/) et entraînent l'omission de syllabes dans des mots longs. L'intelligibilité du discours de Charles est ainsi gênée, nécessitant parfois la connaissance du contexte. Charles fait preuve d'une grande persévérance et réitère sa production afin d'être compris. Sa communication passe également par des mimiques émotionnelles et par des gestes.

La **compréhension verbale** de Charles lui permet d'avoir accès à des phrases simples en contexte.

➤ Prise en charge orthophonique

Charles bénéficie d'une prise en charge individuelle une fois par semaine. Cette dernière a pour objectif de l'aider à maintenir et à développer ses compétences de communication verbale en s'attachant à :

- Apprendre à respecter les tours de rôle
- Améliorer la précision de l'articulation
- Ralentir le débit
- Elaborer des phrases à partir de suite d'images

Elle a également pour but d'inciter Charles à avoir recours à un mode de communication augmentative (gestes ou supports visuels) afin de mieux se faire comprendre de tous ses interlocuteurs.

La précédente passation du ComVoor situait Charles au stade « représentatif pictogramme ».

3. Outils méthodologiques

3.1. Le ComVoor

Le ComVoor est un outil qui a pour but **d'évaluer la communication réceptive de la personne**. Les résultats de ce test nous permettent de proposer des recommandations précises (en matière d'adaptation de l'environnement et d'outils de communication) appropriées au niveau de compréhension de la personne. Nous avons choisi d'opter pour ce test car il est, à notre connaissance, le seul outil normé permettant d'évaluer le niveau de compréhension d'adultes déficients intellectuels.

3.1.1. Population

Le ComVoor s'adresse aux personnes dont le niveau de développement psychomoteur se situe entre 12 et 60 mois (enfants, adolescents ou adultes). Initialement développé pour des personnes autistes ne communiquant pas ou peu verbalement, il peut également être utilisé avec des personnes présentant une déficience intellectuelle.

3.1.2. Objectifs

Le ComVoor s'articule autour de deux questions :

- Quels sont les moyens les plus adaptés pour soutenir la communication ?

Le choix porte sur des formes de communication permanentes, c'est-à-dire des moyens ayant une structure spatiale concrète : des objets (forme tridimensionnelle), des images (pictogrammes, photos, dessins) ou des textes écrits (forme bidimensionnelle). Le ComVoor exclut de ses recommandations les moyens de communication ayant une structure temporelle comme les gestes : ils sont plus difficiles à percevoir car ils exigent un traitement séquentiel.

- A quel niveau d'attribution de signification les moyens choisis peuvent-ils être mis en œuvre?

L'environnement produit une quantité de stimuli que nos organes sensoriels transforment en **sensations**. Ces informations ainsi recueillies par les sens sont conduites à

notre cerveau qui les interprète, leur donne sens. Cette **attribution de signification** est qualifiée de **perception**.

La perception comprend trois niveaux : la présentation, la représentation et la métareprésentation.

- La **présentation** : la personne perçoit des informations dans un contexte concret (ici et maintenant). La signification doit être littéralement « présente ». Par exemple, la personne comprend la signification fonctionnelle du verre tant que ce dernier implique concrètement le fait de boire.
- La **représentation** : le niveau de la représentation se rapporte à la signification référentielle ou symbolique des objets, des images. La personne comprend qu'une image ou un geste renvoie à l'action de boire alors que cette dernière n'est pas représentée en tant que telle. La construction de la permanence de l'objet est une condition nécessaire : la personne doit pouvoir se représenter le référent lorsque celui-ci n'est pas concrètement présent. La représentation offre une prise sur le futur : la prévisibilité peut apparaître en dehors de l'immédiat.
- La **métareprésentation** : il est question de métareprésentation lorsque la personne comprend qu'une autre signification se cache derrière la première information. Par exemple, lorsque l'on dit d'une personne qu'elle a gagné une « coupe », le terme ne renvoie pas à l'action de boire (qui est la première signification) mais à une victoire.

Le ComVoor évalue l'attribution de signification au niveau de la présentation et de la représentation. Le niveau de la métareprésentation est hors du champ d'évaluation. Il en est de même pour le stade de la sensation auquel les personnes se situent si elles n'ont pas atteint le niveau présentatif. Les préconisations au niveau de la métareprésentation et au stade de la sensation nécessiteront une évaluation plus approfondie.

3.1.3. Modalités d'administration

Le ComVoor se compose de deux niveaux avec un total de 5 séries et de 36 items. La procédure d'administration est simple : pour chaque item, on demande à la personne évaluée de procéder à un tri d'objets ou d'images dans trois boîtes.

La série 1 consiste à encastrier des objets identiques (balles, cubes et anneaux). La série 2 nécessite de trier des objets identiques (par exemple : des peignes, des cuillères et des brosses à dents) et la série 3 des images identiques (les pictogrammes « lire », « écrire » et « boire » par exemple). La série 4 implique de trier des objets ou des images non identiques mais appartenant à la même catégorie (par exemple : quatre balles différentes, quatre poupées différentes et quatre voitures différentes). Enfin, la série 5 consiste à associer un objet avec l'image correspondante (par exemple : un stylo, un peigne et un verre doivent être associés respectivement avec la photo du stylo, la photo du peigne et celle du verre).

Les séries 1, 2 et 3 évaluent le niveau de la présentation ; les séries 4 et 5 évaluent quant à elles le niveau de la représentation.

Il n'y a pas de consignes verbales : on s'assure ainsi que les résultats ne seront pas biaisés par une éventuelle incompréhension des consignes. La série 1 permet d'entraîner la personne à la tâche de tri, étape par étape, afin de lui permettre de comprendre ce qui lui est demandé. La personne est également soutenue durant les trois premières séries : l'examineur montre l'exemple puis guide le tri des trois premiers objets. Par la suite, l'examineur se contente de donner l'exemple.

3.2. Le questionnaire

3.2.1. Présentation générale

Nous avons réalisé un questionnaire (annexe 3) à destination des professionnels de l'établissement car, étant au contact des résidents au quotidien, ils sont des partenaires indispensables de l'orthophoniste.

Les questions nous renseignent sur trois dimensions :

- La communication quotidienne avec les résidents

- Les connaissances des professionnels dans le domaine de la communication alternative et augmentative
- Le ressenti des professionnels sur l'utilisation au quotidien des outils de communication qui ont déjà été mis en place pour certains résidents

Ce questionnaire s'adresse plus particulièrement au personnel de l'équipe d'accompagnement (éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, aides médico-psychologiques) et aux aides-soignants, car ce sont les personnes qui côtoient le plus fréquemment les résidents.

Nous nous appuyons sur les réponses obtenues pour établir des préconisations adaptées à la réalité de leur pratique.

3.2.2. Présentation détaillée

Nous présentons ci-dessous les questions figurant dans le questionnaire et leur intérêt.

1) *Quelle est votre profession ?*

Cette question nous permet d'analyser les résultats des questions suivantes au regard de la profession des personnes ayant répondu.

2) *Vous arrive t-il de ne pas comprendre un résident (jamais/parfois/souvent) ?*

3) *Si oui, comment faites-vous pour comprendre ce qu'il veut dire ?*

Nous nous intéressons ici à l'importance des difficultés d'expression des résidents et aux moyens utilisés par les professionnels pour mieux les comprendre.

4) *Vous arrive t-il de ne pas vous faire comprendre d'un résident (jamais/parfois/souvent) ?*

5) *Dans ce cas, vous utilisez préférentiellement (plusieurs réponses possibles) :*

- Reformulations*
- Gestes*
- Mimiques*
- Désignations d'objets*
- Photos, pictogrammes, dessins*

Autres :

6) *Ces moyens vous semblent-ils efficaces ?*

Ces questions abordent l'importance des difficultés de compréhension des résidents et les moyens utilisés par les professionnels pour pallier ces difficultés. La dernière question interroge leur efficacité pour juger de l'utilité de la mise en place d'outils plus adaptés.

7) *Dans quelle(s) situation(s) ces problèmes de communication se font-ils le plus ressentir ?*

Les réponses à cette question nous permettent de cerner au mieux les difficultés rencontrées au quotidien afin de proposer des préconisations adaptées en matière d'aménagements de l'environnement.

8) *La « communication alternative et augmentative » permet aux personnes possédant peu ou pas de langage de pouvoir comprendre leur interlocuteur et de pouvoir s'exprimer autrement que par des mots. Cette communication peut s'appuyer sur différents supports : des objets, des dessins, des photos, des pictogrammes, des gestes, ...*

Pensez-vous que ces différents supports de communication peuvent être utilisés quel que soit le résident et ses difficultés ?

Après s'être intéressées aux difficultés de communication et aux moyens mis en place spontanément par les professionnels, nous ciblons à présent nos questions sur la communication alternative et augmentative. Dans un premier temps, nous en donnons une définition. Nous cherchons ensuite à savoir si les professionnels ont conscience que chaque support de communication nécessite un niveau de compréhension différent et qu'un même support n'est pas adapté à toutes les personnes déficientes intellectuelles.

9) *Les classeurs de communication personnalisés sont parfois laissés de côté dans les établissements. D'après vous, ceci peut s'expliquer par (plusieurs réponses possibles) :*

- Faute de temps*
- Un oubli (par manque d'habitude)*
- Des difficultés pour réussir à les utiliser concrètement*
- Un manque d'informations sur le classeur personnalisé de chaque résident*
- Un manque d'appropriation par le résident*

- Aucune amélioration des difficultés de communication*
- Autre :*

Sachant qu'au sein de l'établissement certains résidents bénéficient de classeurs de communication, nous cherchons à connaître le ressenti des professionnels face à ces outils et les éventuelles difficultés rencontrées dans leur utilisation quotidienne.

10) Avez-vous reçu une (ou plusieurs) formation(s) concernant la communication alternative et augmentative (oui /non) ?

➤ **Si oui :**

- ***De quelle(s) formation(s) s'agissait-il ?***
- ***Cela vous a-t-il permis de faire évoluer votre pratique professionnelle ?***
- ***Ressentez-vous le besoin de vous former davantage ?***

➤ **Si non :**

- ***Ressentez-vous le besoin de suivre une formation dans ce domaine ?***

Nous cherchons à savoir si les professionnels éprouvent le besoin d'être formés dans le domaine de la communication alternative et augmentative, pour améliorer les interactions quotidiennes avec les résidents. Pour ceux qui ont suivi une (ou plusieurs) formation(s) à ce sujet, nous souhaitons savoir si cela a modifié leur pratique professionnelle.

De plus, cette question nous permet éventuellement d'orienter nos préconisations vers une méthode particulière (Makaton, PECS ...) à laquelle certains professionnels seraient formés.

Remarques éventuelles

Nous souhaitons laisser la possibilité aux professionnels de nous faire part d'observations et de réflexions qui leur paraissent importantes quant à ce qui est évoqué dans le questionnaire. Ces remarques viendront enrichir notre analyse.

4. Mode de traitement des données et précautions méthodologiques

4.1. Le ComVoor

Chaque passation est analysée de façon quantitative et amène à situer le résident à un stade de compréhension précis. Ce résultat, couplé à une analyse qualitative tenant compte du profil du résident, nous permet de faire des propositions en matière d'outils de communication alternative ou augmentative et d'adaptations de l'environnement. Ces préconisations portent sur les adaptations appropriées aux compétences actuelles et sur les compétences émergentes qui seraient intéressantes à travailler. La mise en application de ces préconisations n'a pas pu être envisagée dans le cadre de ce mémoire pour des raisons de temps.

Par ailleurs, le ComVoor ne permet pas d'établir des préconisations relatives à des outils de communication comprenant des gestes.

4.2. Le questionnaire

Une analyse qualitative est effectuée pour chaque question de l'enquête. Aucune statistique ou généralisation ne peut être établie étant donné que ce questionnaire ne concerne qu'un seul établissement.

Nous avons volontairement élaboré un questionnaire court, rapide à remplir, afin d'obtenir le plus de réponses possibles. Nous avons fait le choix de laisser les professionnels remplir seuls le questionnaire car un entretien oral aurait été difficilement réalisable sur leur temps de travail. Les questionnaires ont été recueillis de façon anonyme.

Nous avons conscience que ce questionnaire contient des questions générales ne permettant pas aux professionnels de répondre de façon personnalisée en fonction des résidents. Les résultats restent globaux mais apportent ainsi une vision d'ensemble de la communication quotidienne.

Nous sommes également conscientes que la présence d'une orthophoniste au sein de la Maison Michelet a contribué à sensibiliser les professionnels de l'établissement à

l'importance de la communication alternative et augmentative. Nous aurions peut-être obtenus des résultats différents en adressant ce questionnaire à des professionnels travaillant dans un établissement non pourvu d'un poste d'orthophoniste.

Résultats et analyses

1. Le Comvoor

1.1. Préconisations personnalisées

1.1.1. Philippe

1.1.1.1. Passation

Philippe a réussi les quatre premiers items d'encastrement de la série 1. Il a échoué aux deux derniers items de la série 1 et aux trois premiers de la série 2, ce qui a entraîné l'arrêt de la passation du test (annexe 4).

Il s'est montré coopérant et concentré lors de la passation. Cependant, il a exprimé des signes de fatigue et une volonté d'arrêter l'activité au cours du dernier item.

1.1.1.2. Interprétation des résultats

- *Recommandations relatives à la forme de la communication alternative ou augmentative et au niveau de l'attribution de signification*

La communication au niveau de la **sensation** est préconisée pour Philippe. Les premières étapes d'une communication alternative au niveau de la présentation par encastrement peuvent aussi être engagées à l'aide d'objets. Le recours à des supports en deux dimensions (images) n'est pas approprié.

1.1.1.3. Préconisations

Le ComVoor n'a pas été conçu pour fournir des indications précises lorsque la personne se situe au niveau de la sensation. Une évaluation plus approfondie est nécessaire afin de comprendre le fonctionnement de l'intégration sensorielle de Philippe.

Quelques indications générales peuvent cependant être apportées. Il est conseillé de structurer clairement aussi bien l'environnement que les activités et de maintenir un rythme journalier et des actions fixes (routines). A chaque activité doit correspondre un ensemble de sensations déterminées. D'une activité à l'autre, les endroits et les sensations qui y sont liées

doivent varier au maximum : il faut ainsi éviter d'utiliser les mêmes sensations pour différentes activités (utiliser le lit pendant la journée pour des soins plutôt que pour dormir par exemple). La familiarité et le caractère distinctif des expériences sensorielles sont importants pour parvenir à un sentiment de sécurité. Ces sensations n'ont pas valeur de symbole pour Philippe mais constituent des repères.

Ces indications concernent essentiellement des activités quotidiennes telles que les repas, la toilette, le coucher. Lors des repas par exemple, il est conseillé de proposer à Philippe de s'asseoir toujours à la même chaise à un endroit fixe à table, avec une serviette autour du cou ou un set de table avec une matière spéciale. Il est également possible d'associer au moment du coucher la sensation procurée par le contact d'une couverture, d'un drap, d'un sac de couchage, d'un animal en peluche (sensation qui n'est retrouvée qu'à ce moment de la journée).

Les propositions peuvent aussi concerner d'autres activités ou loisirs. Les ateliers de remédiation cognitive peuvent se faire, par exemple, à une table bien précise, sur une chaise différente. Pour les activités sportives, les sorties, les retours à domicile, il est possible d'associer un objet précis (sac à dos, vêtements particuliers...).

Les premières étapes d'une communication alternative au niveau de la présentation par encastrement peuvent aussi être envisagées à l'aide d'objets pour le repérage des lieux. Les objets doivent être indéformables et au maximum différents les uns des autres tant au niveau de la forme, que de la couleur et de la matière. Les difficultés rencontrées par Philippe lors de l'encastrement de formes complexes nous amènent à privilégier des structures simples comme une balle. Les résultats de Philippe préconisent de faire disparaître réellement les objets de façon à ce qu'il ne soit plus possible de les reprendre.

Ainsi, il est possible à l'heure du repas, de proposer systématiquement à Philippe une balle (par exemple) pour lui signifier qu'il doit se rendre au réfectoire. Un contenant opaque avec un trou rond est placé à l'entrée du réfectoire dans lequel Patrick doit encastrer la balle, s'assurant ainsi qu'il est au bon endroit.

En ce qui concerne la mise en place de la méthode PECS en séance d'orthophonie, le ComVoor indique qu'elle ne doit être introduite que si la personne a atteint le niveau représentatif. Toutefois, Philippe a intégré les premières étapes : il est donc judicieux de

poursuivre son utilisation bien que l'étape de discrimination des images semble difficilement envisageable.

1.1.2. Simon

1.1.2.1. Passation

Simon a réussi tous les items de la série 1, les items 1, 2, 3 et 6 de la série 2, et le deuxième item de la série 4 (annexe 5).

Il s'est montré coopératif et est resté très concentré durant toute l'heure de passation du test. Simon a initié de nombreux échanges avec nous et semblait prendre plaisir à réaliser les différents items. Il a nommé et mimé l'usage de nombreux objets qui lui étaient présentés.

1.1.2.2. Interprétation des résultats

➤ *Recommandations relatives à la forme de la communication alternative ou augmentative*

La communication à l'aide d'objets doit être privilégiée car Simon n'a réussi aucun item bidimensionnel.

➤ *Recommandations au niveau de l'attribution de signification*

Simon a dépassé le stade de la sensation. Une communication augmentative au niveau de la **présentation** peut être établie par le pairage : les objets ne doivent plus nécessairement être encadrés, ils peuvent être juxtaposés ou superposés.

1.1.2.3. Préconisations

Le pairage consiste à associer deux objets identiques. Il constitue une aide pour repérer les différents lieux de l'établissement et faciliter les transitions entre les activités. Or, ce sont justement ces moments de transition qui sont difficiles pour Simon. C'est le cas, entre autres, des séances d'orthophonie, auxquelles il n'accepte pas toujours de se rendre.

Il est ainsi possible qu'un cube (par exemple) soit systématiquement donné à Simon lorsqu'arrive la séance d'orthophonie. Le cube constitue un signal annonçant l'activité à

venir. A l'entrée du bureau de l'orthophoniste se trouve un cube identique sur lequel Simon doit superposer (ou juxtaposer) celui qu'il tient en main, s'assurant ainsi qu'il est au bon endroit.

Dans les premières étapes du pairage, l'objet et sa destination sont présentés simultanément. Par la suite, l'enchaînement inverse est mis en place : la personne est de plus en plus éloignée de sa destination lorsque l'objet lui est donné, afin de développer son autonomie. Si la personne possède la permanence de l'objet, il est possible d'augmenter davantage la distance en lui donnant l'objet dans une pièce différente.

Etant donné que Simon a fait des erreurs dans la série 2, il y a des restrictions dans le choix des objets. Ceux-ci doivent en effet être clairement différenciables : la différence ne doit pas porter que sur un seul critère (forme, couleur, taille ou matière). En revanche, ils peuvent être de petite taille (comme des jetons) ou de forme complexe. Précisons que les objets n'ont pas valeur de symbole pour Simon, c'est pourquoi ils n'ont pas forcément de lien avec l'activité ou le lieu auxquels ils sont associés (exemple : cube et orthophonie).

La compréhension des images peut être un objectif lors des séances d'orthophonie ou des ateliers. Toutefois, ces images ne constituent pas à l'heure actuelle un support de communication augmentative adapté aux compétences de Simon. La méthode Makaton envisagée pour Simon semble donc ne pas être appropriée à son niveau de compréhension puisqu'elle associe à la parole les gestes et/ou les images.

1.1.3. Gérald

1.1.3.1. *Passation*

Gérald a réussi tous les items de la série 1 à l'exception du quatrième. Il a également réussi les trois premiers items et le sixième de la série 2, les trois premiers items de la série 3 ainsi que les deux premiers items de la série 4 (annexe 6).

Gérald a été coopérant mais s'est déconcentré à plusieurs reprises. Notre incompréhension face à certains de ses propos le frustrait : il s'assurait systématiquement que nous l'avions compris avant d'accepter de poursuivre l'activité.

1.1.3.2. *Interprétation des résultats*

- *Recommandations relatives à la forme de la communication alternative ou augmentative*

La communication peut prendre un caractère **bidimensionnel**. L'utilisation de photos, de dessins, de pictogrammes est possible pour représenter des objets, plus difficilement des actions. Ces images doivent être simples, facilement identifiables, avec des contours précis et sur fond neutre. Il est préférable d'éviter les photos en noir et blanc.

Le recours au langage écrit n'est pas possible.

- *Recommandations au niveau de l'attribution de signification*

Il est certain que Gérald a atteint le stade **présentatif** et les cotations positives dans la série 4 indiquent que le niveau **représentatif** est en développement.

1.1.3.3. *Préconisations*

Le pairage d'images peut être proposé pour faciliter les moments de transition qui sont difficiles à vivre pour Gérald, en particulier le passage entre l'accueil de jour et l'hébergement.

Par exemple, il peut être intéressant que le pictogramme « manger » lui soit remis systématiquement avant chaque repas. Arrivé au réfectoire, Gérald vient superposer (ou juxtaposer) le pictogramme qui lui a été remis à celui déjà présent dans la salle. L'enchaînement inverse - décrit précédemment dans les préconisations de Simon - est recommandé pour Gérald étant donné que le stade représentatif n'est pas complètement acquis.

Par ailleurs, l'appréhension du temps qui passe est également difficile pour Gérald. L'introduction d'un pictogramme « attendre » est possible pour réduire sa frustration dans les moments d'attente. Le schéma journalier déjà mis en place pour lui le guide dans le repérage du déroulement de la journée tout en développant ses capacités émergentes au niveau de la représentation. Il serait judicieux d'afficher ce schéma journalier sur les deux lieux de vie de Gérald, l'accueil de jour et l'hébergement, pour qu'il puisse s'y référer à tout moment. En

revanche, d'après les résultats du ComVoor, le semainier instauré à l'hébergement semble difficilement compréhensible pour Gérald.

Il est possible de favoriser l'expression de Gérald en passant par des images. La méthode Makaton, mise en place lors des séances d'orthophonie, est appropriée à son niveau de compréhension car il est capable de se représenter les objets et les actions et d'y faire référence. L'instauration d'un classeur de communication peut également être envisagée pour réduire sa frustration de ne pas être compris. Ce classeur pourrait ainsi contenir des images représentant les besoins essentiels de Gérald, ses centres d'intérêt, des photos de ses proches auxquels il fait souvent référence, etc. Le pictogramme « aide » pourrait également y être intégré puisque Gérald a désormais appris à l'utiliser pour exprimer son besoin d'aide autrement que par la colère. Il est important de ne pas introduire toutes ces images en une seule fois mais de les ajouter progressivement afin que Gérald puisse se les approprier plus facilement. Ces outils ont pour objectif de réduire les phénomènes de blocage qui se produisent lorsque Gérald n'est pas en mesure d'explicitier ses besoins.

1.1.4. Charles

1.1.4.1. Passation

Charles a réussi tous les items des séries 1 et 2, les trois premiers items de la série 3, le deuxième item de la série 4 et les items 2, 3 et 4 de la série 5 (annexe 7).

Charles s'est montré très attentif durant toute la passation. Il a nommé et mimé l'utilisation de quelques objets et photos qui lui étaient présentés. Charles a fait de nombreux commentaires pour lui-même tout au long de la passation.

1.1.4.2. Interprétation des résultats

- *Recommandations relatives à la forme de la communication alternative ou augmentative*

La communication peut prendre un caractère **bidimensionnel**. L'utilisation de photos, de dessins, de pictogrammes est possible pour représenter des objets, plus difficilement des

actions. Ces images doivent être simples, facilement identifiables, avec des contours précis et sur fond neutre. Il est préférable d'éviter les photos en noir et blanc.

Le recours au langage écrit n'est pas possible

➤ *Recommandations au niveau de l'attribution de signification*

Une communication augmentative au niveau **représentatif** est préconisée car des items des séries 4 et 5 ont été réussis.

1.1.4.3. Préconisations

Charles a accès à la prévisibilité car il a atteint le stade représentatif : un schéma journalier individuel peut donc être mis en place. Ce support illustre à l'aide d'images chaque moment important de la journée. Il permet ainsi à la personne de se repérer plus facilement dans le déroulement de la journée. Un tableau est déjà mis en place dans le pôle de Charles mais il ne permet de présenter que les activités qui vont avoir lieu dans l'immédiat. Etant donné que Charles n'a pas complètement acquis le déroulement chronologique d'une journée, il est conseillé de construire son schéma journalier de façon progressive en introduisant d'abord un seul élément, puis plusieurs, puis la matinée entière, avant d'afficher la journée complète. Cette structuration du temps offrirait un cadre rassurant à Charles et permettrait peut-être de réduire ses angoisses.

Le pairage d'images peut être proposé pour faciliter l'autonomie dans les déplacements au sein de l'établissement. L'enchaînement inverse n'est pas nécessaire puisque Charles a atteint le stade de la représentation.

Par ailleurs, un cahier de vie serait intéressant à mettre en place. Ce support visuel permettrait aux professionnels ainsi qu'à la famille d'échanger avec Charles sur ses activités habituelles ou des événements particuliers, illustrés au moyen d'objets ou d'images (par exemple, coller une feuille ramassée lors d'une sortie en forêt ou la photo d'une activité effectuée régulièrement et qu'il apprécie...).

Les images peuvent être utilisées pour soutenir le langage oral de Charles, enrichir sa compréhension verbale et pallier son inintelligibilité lorsque c'est nécessaire. Les séances

d'orthophonie peuvent également avoir pour objectif d'affiner la discrimination d'images plus complexes, comme celles comprenant des actions.

1.2. Préconisations générales

Il pourrait être intéressant de mettre en place un classeur de communication commun à tous les résidents ayant accès aux images. Ce classeur, présent dans chaque pôle et à l'hébergement, contiendrait les images des principaux besoins quotidiens et constituerait une aide supplémentaire pour pallier les difficultés de communication. Les professionnels auraient ainsi accès rapidement aux images essentielles. Il pourrait être utilisé, par exemple, avec un résident dont le classeur personnalisé a été oublié, ou avec un résident qui n'en possède pas.

Par ailleurs, il est conseillé que les images utilisées dans les trois pôles (classeurs communs et classeurs personnalisés) soient identiques pour faciliter leur utilisation par les professionnels et les résidents.

Avec des personnes ayant accès aux images mais présentant des troubles du comportement ou de l'anxiété il est possible d'avoir recours aux objets pour faciliter le repérage des lieux et les transitions entre les activités. L'encastrement offre en effet plus d'autonomie à la personne puisqu'elle peut contrôler elle-même si elle est au bon endroit. Dans ce cas, il n'y a pas de restrictions précises en ce qui concerne le choix des objets.

D'une manière générale, les objets à encastrer ou à paier peuvent être choisis de manière à faciliter la pratique quotidienne des professionnels. Bien que les objets n'aient pas de valeur symbolique pour les résidents, il est plus simple pour les professionnels qu'ils soient en rapport avec l'activité. Il est possible par exemple d'écrire la lettre « o » sur le cube pour se souvenir qu'il renvoie à la séance d'orthophonie, de dessiner une fourchette sur la balle remise au résident lorsqu'il doit se rendre au réfectoire, etc.

2. Le questionnaire

Nous avons recueilli 16 questionnaires dont nous présentons l'analyse ci-dessous.

1) *Quelle est votre profession ?*

Nous ont répondu : deux éducateurs spécialisés, un éducateur en activités physiques adaptée et santé, trois moniteurs éducateurs, cinq aides médico-psychologiques, quatre aides-soignants, et une personne de la direction. Les questionnaires sont donc représentatifs de tous les corps de métier exerçant au quotidien avec les résidents.

2) *Vous arrive t-il de ne pas comprendre un résident (jamais/parfois/souvent) ?*

3) *Si oui, comment faites-vous pour comprendre ce qu'il veut dire ?*

L'ensemble des professionnels indiquent qu'il est parfois difficile de comprendre un résident. Certains résidents présentent donc des difficultés d'expression mais celles-ci ne semblent pas entraver systématiquement les interactions quotidiennes.

Lorsque les professionnels ne parviennent pas à comprendre un résident, ils utilisent divers moyens : la majorité a recours à des gestes, beaucoup s'aident du contexte et des habitudes du résident, ou font appel à leurs collègues. Certains demandent au résident de répéter, d'autres reformulent ses propos pour s'assurer qu'ils ont compris, d'autres encore lui proposent d'utiliser des images (photos, pictogrammes) ou son outil de communication personnalisé s'il en possède un. Quelques uns passent par la désignation ou s'appuient sur les mimiques et le regard du résident. Une personne précise que la mise en place de ces stratégies nécessite de prendre son temps.

4) *Vous arrive t-il de ne pas vous faire comprendre d'un résident (jamais/parfois/souvent) ?*

5) *Dans ce cas, vous utilisez préférentiellement (plusieurs réponses possibles) :*

- Reformulations*
- Gestes*
- Mimiques*
- Désignations d'objets*
- Photos, pictogrammes, dessins*
- Autres :*

6) *Ces moyens vous semblent-ils efficaces ?*

La plupart des professionnels rencontrent parfois des difficultés à se faire comprendre. Une personne indique cependant que cela arrive rarement et deux autres précisent, à l'inverse, que cela arrive souvent.

Tous les professionnels ont recours à des moyens alternatifs et augmentatifs pour mieux se faire comprendre. Tous utilisent des gestes, la majorité d'entre eux s'appuient également sur la reformulation et les images. La désignation d'objets et les mimiques sont moins fréquemment employées. Quelques uns indiquent également simplifier leurs phrases en gardant les mots essentiels, faire appel à un collègue ou s'appuyer sur l'imitation quand cela est possible.

Huit professionnels considèrent que ces moyens mis en place sont efficaces. En revanche, les huit autres estiment que ces moyens sont limités et que des difficultés de compréhension persistent.

7) *Dans quelle(s) situation(s) ces problèmes de communication se font-ils le plus ressentir ?*

Les difficultés se font souvent ressentir lors des activités, notamment pour la compréhension des consignes. Des problèmes de communication sont également souvent observés lors des changements de lieux (transitions entre les salles, activités extérieures) et de personnel, lorsque l'équipe de journée prend le relai de l'équipe du matin par exemple. Quelques professionnels relèvent des difficultés de communication lors des toilettes, d'autres lorsque les résidents cherchent à exprimer leurs émotions et leurs ressentis (frustration, stress, etc.). Deux personnes indiquent quant à elles que des difficultés s'observent principalement avec les résidents présentant des troubles du comportement. L'un des professionnels relève qu'il est plus difficile de comprendre un résident qu'on connaît peu ou qui est peu dans l'échange.

8) *La « communication alternative et augmentative » permet aux personnes possédant peu ou pas de langage de pouvoir comprendre leur interlocuteur et de pouvoir s'exprimer autrement que par des mots. Cette communication peut s'appuyer sur différents supports : des objets, des dessins, des photos, des pictogrammes, des gestes, ...*

Pensez-vous que ces différents supports de communication peuvent être utilisés quel que soit le résident et ses difficultés ?

Une majorité des professionnels a conscience que les résidents ne possèdent pas tous les mêmes capacités de compréhension et que les supports doivent donc être adaptés. Quelques professionnels estiment en revanche que chaque support peut être utilisé avec tous les résidents.

9) Les classeurs de communication personnalisés sont parfois laissés de côté dans les établissements. D'après vous, ceci peut s'expliquer par (plusieurs réponses possibles) :

- Faute de temps*
- Un oubli (par manque d'habitude)*
- Des difficultés pour réussir à les utiliser concrètement*
- Un manque d'informations sur le classeur personnalisé de chaque résident*
- Un manque d'appropriation par le résident*
- Aucune amélioration des difficultés de communication*
- Autre :*

La majorité des professionnels met en avant des difficultés pour réussir à utiliser concrètement les classeurs de communication. De nombreux professionnels relèvent de plus un manque d'information au sujet de ces outils. Le manque de temps et les oublis sont également souvent mentionnés. Cela explique peut-être que soit évoqué à plusieurs reprises le manque d'appropriation du classeur par le résident.

Ces outils semblent cependant efficaces puisque seul un professionnel n'observe aucune amélioration des difficultés de communication.

10) Avez-vous reçu une (ou plusieurs) formation(s) concernant la communication alternative et augmentative (oui /non) ?

➤ ***Si oui :***

- ***De quelle(s) formation(s) s'agissait-il ?***
- ***Cela vous a-t-il permis de faire évoluer votre pratique professionnelle ?***
- ***Ressentez-vous le besoin de vous former davantage ?***

➤ ***Si non :***

- ***Ressentez-vous le besoin de suivre une formation dans ce domaine ?***

Deux professionnels ont suivi des formations dans le domaine de l'autisme (formation PECS et formations assurées par CCC France). Tous les deux indiquent que cela leur a permis de faire évoluer leur pratique professionnelle mais un seul ressent le besoin de se former davantage et d'actualiser ses connaissances.

Tous les autres professionnels n'ont suivi aucune formation et ressentent (à l'exception d'une personne) le besoin de se former dans le domaine de la communication alternative et augmentative.

Remarques éventuelles

Deux professionnels désireux d'être formés dans le domaine de la communication alternative et augmentative nous ont fait part de leur investissement dans l'atelier Makaton mis en place par l'orthophoniste de la Maison Michelet. Un autre professionnel, qui relève également un manque de formation, évoque l'ajustement progressif aux difficultés de communication avec les résidents qui naît de la pratique quotidienne.

L'un des professionnels précise que la salle d'activités physiques est en cours de structuration par l'image (pictogrammes, suivi de la séance par schémas individuels...), ce qui témoigne de l'implication de l'établissement et des équipes pour faciliter la communication avec les résidents.

Une personne nous indique que la mise en place d'un outil de communication nécessite un temps de réflexion en équipe. Pour faciliter ce travail d'équipe, une autre personne soumet l'idée qu'il serait préférable, dans la mesure du possible, qu'un maximum de professionnels bénéficie d'une formation sur la communication alternative et augmentative sur une même période.

3. Synthèse et conclusion des résultats

L'analyse des résultats du ComVoor nous amène à la conclusion suivante : il est essentiel d'accompagner notre appréciation clinique d'une évaluation normée afin d'obtenir une vision objective des capacités de la personne et de fixer ainsi des objectifs adaptés. En effet, nous avons parfois été surprises par les résultats obtenus : ces derniers ne sont pas toujours en adéquation avec l'appréciation subjective que nous nous étions faite lors de nos rencontres avec les résidents.

L'analyse du questionnaire met en évidence la présence de difficultés de communication avec les résidents au quotidien. Pour pallier ces difficultés, les professionnels recourent spontanément à différents moyens, en particulier des gestes. Cependant, comme ils n'ont pas suivi de formation, ils utilisent des gestes qui leur sont propres, ce qui ne facilite pas leur appropriation par les résidents. Il apparaît que ces différents moyens ne sont pas toujours efficaces puisque des difficultés de communication persistent, soulignant ainsi l'importance de mettre en place des outils de communication adaptés.

Le questionnaire révèle également que les professionnels manquent d'informations concernant les différents supports, les compétences qu'ils requièrent et la manière de les utiliser et ce, quelle que soit leur profession. L'ensemble des professionnels font part de leur envie et de leur besoin d'être formés au sujet de la communication alternative et augmentative.

Il ressort également de notre étude que des personnes se situant au même stade peuvent bénéficier d'aménagements de l'environnement et d'outils de communication différents. Ainsi, déterminer le stade auquel la personne se situe n'est pas suffisant pour établir des préconisations adaptées. Il convient en outre de travailler en concertation avec l'équipe car les professionnels qui accompagnent les résidents au quotidien ont une meilleure connaissance des situations dans lesquelles la communication est difficile et nécessite des adaptations.

Ce travail d'équipe est à double sens : les résultats de l'évaluation du ComVoor doivent être accompagnés d'explications à l'équipe. Il est important que l'orthophoniste explicite les compétences induites par le stade que le résident a atteint. Elle doit également

informer les professionnels des supports de communication qu'elle préconise et de leur utilisation. Ces échanges ont ainsi pour objectif de donner à l'équipe les clés pour s'approprier et investir plus facilement les outils de communication alternative et augmentative proposés.

Conclusion

Les professionnels travaillant auprès d'adultes porteurs de déficience intellectuelle font état de difficultés de communication au quotidien, tant sur le plan de l'expression que de la compréhension. C'est la raison pour laquelle se développe la mise en place d'outils de communication alternative et augmentative afin de donner à ces personnes la possibilité de s'exprimer et de mieux comprendre leur environnement. Les professionnels rencontrent néanmoins quelques difficultés pour les utiliser, en raison de la multiplicité des supports et d'un manque d'informations quant à leur fonctionnement.

L'orthophoniste a ainsi toute sa place auprès des adultes déficients intellectuels. Son rôle consiste à faire progresser les capacités de ces adultes mais il implique tout particulièrement de s'y adapter en mettant en place des moyens de communication et des aménagements de l'environnement appropriés. Le choix de ces adaptations fait suite à une évaluation approfondie du niveau de compréhension de la personne. Ce choix s'élabore également grâce aux professionnels qui partagent le quotidien de ces personnes déficientes intellectuelles et qui sont les mieux à même de connaître les situations dans lesquelles elles ont besoin d'une aide à la communication. Ces adaptations font partie intégrante du projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident.

Le rôle de l'orthophoniste consiste en outre à transmettre aux équipes les informations relatives aux compétences de la personne ainsi qu'à l'outil de communication et aux aménagements de l'environnement mis en place pour elle. Il serait par ailleurs intéressant que des formations à destination du personnel soient proposées en parallèle par les établissements afin de le sensibiliser à l'intérêt de la communication alternative et augmentative et de généraliser l'utilisation des outils de communication adaptés.

Aussi, la prise en charge orthophonique des adultes déficients intellectuels présente-t-elle un réel intérêt : il est essentiel que chaque établissement les accueillant intègre un orthophoniste au sein de son équipe. Son intervention contribue à favoriser la qualité de vie de ces adultes en leur offrant davantage d'autonomie et en leur permettant d'être plus acteurs dans la communication.

Bibliographie

- Benveniste E. (1966). *Problèmes de linguistique générale, tome I*. Paris, Gallimard.
- Beyer-Zilliox H. et al. (2002). *Oui, ce sont des hommes et des femmes. Accompagnement et soin de l'adulte handicapé mental très dépendant*. Lyon, L'harmattan.
- Brin-Henry F. et al (2010). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues, Ortho Edition.
- Broca R. (2013). *La déficience intellectuelle face aux progrès des neurosciences. Repenser les pratiques de soin*. Lyon, Chronique Sociale.
- Carlier M., Ayoum C. (2007). *Déficiences intellectuelles et intégration sociale*. Wavre, Mardaga.
- Cataix-Nègre E. (2011). *Communiquer autrement. Accompagner les personnes avec les troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives*. Marseille, Solal.
- Chapireau F. et al. (1997). *Le handicap mental chez l'enfant*. Paris, ESF.
- Chevrie-Muller C., Narbona J. (2007). *Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques*. Paris, Masson.
- Colletta J-M. (2011). Le co-développement du langage et des gestes chez l'enfant âgé de plus de trois ans et plus. *Avancées récentes*, in Coquet F. et al, *Multicanalité de la communication*, (127-140). Isbergues, Ortho Edition.
- Crunelle D. (2013). Education orthophonique précoce de l'enfant porteur de handicap, in Rousseau T. et al, *Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 1*, Isbergues, Ortho Edition.
- Frère F., Leprêtre H. (2010). *Création d'outils de communication personnalisés pour les échanges quotidiens des adultes infirmes moteurs d'origine cérébrale intégrés en maison d'accueil spécialisée*. Lille, mémoire d'orthophonie, Université de Lille II.
- Georget M. (2009). *Utilisation élargie des pictogrammes*. Isbergues, Ortho Edition.

Grégoire J. (2004). *L'intelligence clinique de l'adulte*. Sprimont, Mardaga.

Guidetti M., Tourette C. (1996). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris, Armand Colin.

Haelewyck M-C. (2010). *Adolescence et retard mental*. Bruxelles, De Boeck.

Hage C. (1955). A propos du développement linguistique de l'enfant atteint de surdité profonde : apports et limites du signe, in A.I.R, *Les chemins du langage : avenues ou sentiers ? Communication non verbale - Aspects technologiques alternatifs et augmentés*, (150-157). Besançon, AIR (Association Information Recherche).

Jakobson R. (1963). *Essais de linguistique générale. Tome 1 : les fonctions du langage*. Paris, Les éditions de Minuit.

Juhel J-C. (2012). *La personne ayant une déficience intellectuelle : découvrir, comprendre, intervenir*. Laval, Chronique sociale.

Monfort M., Juarez Sanchez A. (2001). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Isbergues, Ortho Edition.

Monfort M. et Monfort-Juarez I. (2011). Gestualité et troubles du langage, in Coquet F. *et al*, *Multicanalité de la communication*, (127-140). Isbergues, Ortho Edition.

Noens I. *et al*. (2006). The ComFor : an instrument for the indication of augmentative communication in people with autism and intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 621-632.

Paour J-L. (1991). *Un modèle cognitif et développemental du retard mental pour comprendre et intervenir*. Thèse de doctorat d'Etat, Université de Provence - Aix-Marseille I.

Roch D. (2011). Utilisation d'un système signé augmentatif de communication auprès d'enfants dysphasiques en institution, in Coquet F. *et al*, *Multicanalité de la communication*, (161-178). Isbergues, Ortho Edition.

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

Rondal J-A. (2007). *Orthophonie contemporaine*. Isbergues, Ortho Edition.

Rondal J-A. *et al* (1999). *Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*. Bruxelles, Mardaga.

Rondal J-A. (1985). *Langage et communication chez les handicapés mentaux*. Bruxelles, Mardaga.

Secqueville M. (1995). Quel code, quel type de pictogrammes utiliser ?, in A.I.R, *Les chemins du langage : avenues ou sentiers ? Communication non verbale - Aspects technologiques alternatifs et augmentés*, (67-94). Besançon, AIR (Association Information Recherche).

Thibault C., Pitrou M., (2012). *L'Aide-mémoire des troubles du langage et de la communication. L'orthophonie à tous les âges de la vie*. Paris, Dunod.

Vidal H. (2011). Comportement non-verbal et bégaiement, in Coquet F. *et al*, *Multicanalité de la communication*, (127-140). Isbergues, Ortho Edition.

Virole B. (2013). Apports cliniques de la langue des signes, in Broca R., *La déficience intellectuelle face aux progrès des neurosciences. Repenser les pratiques de soin*, (133-135). Lyon, Chronique Sociale.

Virole B. (2013). Proposer la langue des signes à des enfants qui ne parlent pas ?, in Broca R., *La déficience intellectuelle face aux progrès des neurosciences. Repenser les pratiques de soin*, (136-155). Lyon, Chronique Sociale.

Vygotski L. (1977). *Pensée et langage*. Paris, Editions sociales.

Yaguello M. (1981). *Alice au pays du langage. Pour comprendre la linguistique*. Paris, Editions du Seuil.

Références de sites internet

Coghamo (Communication Gestuelle pour personnes avec un handicap moteur). Disponible sur : www.coghamo.be (page consultée le 4 janvier 2014).

Association Avenir Dysphasie - Makaton. Disponible sur : www.makaton.fr (page consultée le 4 janvier 2014).

Portail dédié aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Disponible sur : www.mdph.fr (page consultée le 2 décembre 2013).

Annuaire sanitaire et social. Disponible sur : www.sanitaire-social.com (page consultée le 23 décembre 2013).

Annexes

Liste des annexes

Annexe 1 : Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté, *Recommandations de bonne pratique professionnelle*, ANESM (juillet 2013).

Annexe 2 : Autorisation à destination des représentants légaux

Annexe 3 : Questionnaire à destination des professionnels

Annexe 4 : Profil des scores de Philippe

Annexe 5 : Profil des scores de Simon

Annexe 6 : Profil des scores de Gérald

Annexe 7 : Profil des scores de Charles



L'Anesm a souhaité réaliser un programme de recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur la qualité de vie en milieu scolaire spécialisée et en foyer d'accueil médicalisé du fait de la grande vulnérabilité, de la diversité et de la complexité des situations de handicap des personnes qui y sont accueillies.

La recommandation portant sur « l'expression, la communication, la participation et l'exercice de la citoyenneté » en MAS et en FAM constitue le premier volet de ce programme.

QUALITÉ DE VIE EN MAS-FAM (VOLET 1) – EXPRESSION, COMMUNICATION, PARTICIPATION ET EXERCICE DE LA CITOYENNETÉ

La qualité de vie est en partie liée aux possibilités, pour les personnes, de prendre part aux décisions qui les concernent, tant sur le plan individuel que collectif.

En effet, la qualité de vie a une dimension subjective, c'est-à-dire que chaque individu, en fonction de son système de valeurs, de sa culture, de ses attentes et de ses inquiétudes, a une perception singulière de ce qui compte pour lui. Ainsi, pour les personnes accueillies en MAS-FAM, la qualité de vie est corrélée à la possibilité de s'exprimer concernant leur projet personnalisé. Cette notion est au cœur de la loi du 2 janvier 2002 qui affirme le droit au libre choix du consentement, à l'accès à toute l'information et à la participation de la personne à son projet personnalisé. Il s'agit de reconnaître les personnes handicapées comme des « sujets » à accompagner et non des « objets » à prendre en charge.

La qualité de vie est également liée à la possibilité, pour les personnes, de s'impliquer à niveau collectif, légitimement et la loi du 2 janvier 2002 permet aux personnes d'exercer leur rôle de citoyens et de ne pas être cantonnées à un rôle de bénéficiaires passifs de prestations. La loi du 2 janvier 2002 dispose également d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement où au service. Il est institué soit un Conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. En complément d'une participation à la vie de la structure, la loi du 11 février 2005 a réaffirmé la nécessité, pour les personnes handicapées d'avoir « un statut associatif, volontairement reconnu à tout citoyen ainsi que le plein exercice de son citoyenneté et de participer à la vie de la cité.

La mise en oeuvre opérationnelle de la participation individuelle et collective est particulièrement difficile à mener pour une partie des personnes accueillies en MAS et en FAM notamment en raison de leur particularités d'expression et ainsi difficile, dès que les professionnels et les équipes le font. Même si les aides en matière de médiation et de langage sont d'abord de la communication. En ce sens, le décret du 20 mars 2006 dispose que les clubs de sports qui accueillent des personnes en situation de handicap « favorisent, quelle que soit la restriction de l'autonomie (des personnes), leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication (...)».

L'objectif de cette recommandation est de proposer des repères aux professionnels pour favoriser l'expression et la participation des personnes concernant leur projet d'accompagnement, le fonctionnement de l'établissement et la vie de la cité.

Classeurs Travail (1) - 4 pages (copier)



LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET LE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS

Définir dans le projet d'établissement les principes et pratiques relatives à la concertation, à l'écoute et la participation.

- En rappelant dans le projet de l'établissement, le cadre légal et les valeurs de l'établissement concernant l'expertise, l'information et la participation des personnes accueillies.
- En y déclinant les besoins et attentes spécifiques en terme d'expressions et de compréhension du (des) public(s) accueilli(s) et les principes d'intervention pour y répondre.
- En facilitant son appropriation par l'ensemble des professionnels.

Organiser le soutien des professionnels dans la relation d'accompagnement.

- En organisant des espaces de réflexion au sein desquels les professionnels sont soutenus, s'interrogent et prennent de la distance dans leur relation avec les personnes accueillies.
- En prévoyant, pour l'équipe d'encadrement et le psychologue, des temps d'observation de la relation d'accompagnement entre les professionnels et les personnes accueillies.
- En incitant les professionnels à prendre le relais auprès de leurs collègues en cas de difficultés et, en dernier lieu, les professionnels à s'aider eux-mêmes le cas échéant.
- En proposant, sur le terrain de l'accompagnement, la mobilité professionnelle.
- En définissant la fonction, les missions et l'organisation du soutien relevant lorsqu'ils existent.

Identifier et reconnaître les compétences professionnelles susceptibles de faciliter l'expression des besoins des accueillies.

- En décrivant les compétences attendues pour faciliter l'expression des personnes accueillies.
- En vérifiant, figurent dans les fiches et profils de postes et en les évaluant lors des entretiens professionnels.
- En insérant, au sein de formations, celles susceptibles de favoriser l'expression des personnes accueillies.
- En mobilisant les savoirs et pratiques des professionnels grâce à l'ouverture sur les ressources de l'environnement de la scène sociale, médico-sociale et sanitaire, du handicap et des personnes âgées dépendantes.

Document communiqué en vertu de l'article 69 de la Loi n° 2016-912 du 7 juin 2016 relative à la transparence et à la sécurité en matière de santé.

Document communiqué en vertu de l'article 69 de la Loi n° 2016-912 du 7 juin 2016 relative à la transparence et à la sécurité en matière de santé.

Annexe 2



Université de Lorraine
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

web : www.medecine.uhp-nancy.fr
e-mail : contact@medecine.uhp-nancy.fr
Téléphone : +33 (0)3 83 68 30 00 Télécopie : +33 (0)3 83 68 30 99



ECOLE d'ORTHOPHONIE
Secrétariat : tél 03 83 68 31 75/77 – fax 03 83 68 30 19
medecine-orthophonie-secretariat@univ-lorraine.fr

AUTORISATION DANS LE CADRE DU MEMOIRE DE RECHERCHE EN 4^{EME} ANNEE D'ORTHOPHONIE

Madame, Monsieur,

Etudiantes en 4^{ème} année à l'Ecole d'Orthophonie de Nancy, nous réalisons actuellement notre mémoire de fin d'étude sur la prise en charge orthophonique des résidents de la Maison Michelet. Nous souhaitons nous appuyer sur deux outils d'évaluation afin de proposer des moyens d'aide à la communication et des adaptations d'environnement au sein de l'établissement.

Votre accord préalable est nécessaire afin de mener à bien notre projet. Nous vous assurons le respect de l'anonymat. Les résultats ne seront pas nominatifs et ne seront ni utilisés ni diffusés dans un autre cadre que celui de notre mémoire. La publication de ces résultats sera possible dans le cadre de la publication du mémoire (notamment dans la bibliothèque universitaire).

Afin de nous permettre une analyse des résultats la plus fine et la plus intéressante possible, nous vous demandons également l'autorisation de filmer la séance de passation. L'enregistrement vidéo de la séance de passation ne sera visionné que par l'orthophoniste qui encadre notre travail et nous-mêmes, et sera détruit une fois la rédaction du mémoire achevée.

Nous vous remercions par avance pour votre compréhension,
Antinéa SCHMITT et Mathilde PERRIOUX

Je soussigné(e),,
*Responsable légal de,

Autorise Antinéa SCHMITT et Mathilde PERRIOUX, étudiantes en 4^{ème} année d'orthophonie :
A faire passer une évaluation à cette personne
A filmer la séance de passation

Date : / /

Signature du patient ou du responsable légal

*Rayer cette mention si elle est inutile

ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'ORTHOPHONIE PORTANT SUR LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTATIVE

- 1) Quelle est votre profession ?
- 2) Vous arrive t-il de ne pas comprendre un résident ?
Jamais / parfois / souvent
- 3) Si oui, comment faites-vous pour comprendre ce qu'il veut dire ?
.....
.....
- 4) Vous arrive t-il de ne pas vous faire comprendre d'un résident ?
Jamais / parfois / souvent
- 5) Dans ce cas, vous utilisez préférentiellement (plusieurs réponses possibles) :
 - Reformulations
 - Gestes
 - Mimiques
 - Désignations d'objets
 - Images, pictogrammes, dessins
 - Autres :
- 6) Ces moyens vous semblent-ils efficaces ?
- 7) Dans quelle(s) situation(s) ces problèmes de communication se font-ils le plus ressentir ?
.....
.....
- 8) La « communication alternative et augmentative » permet aux personnes possédant peu ou pas de langage de pouvoir comprendre leur interlocuteur et de pouvoir s'exprimer autrement que par des mots. Cette communication peut s'appuyer sur différents supports : des objets, des images, des photos, des pictogrammes, des gestes, ...
Pensez-vous que ces différents supports de communication peuvent être utilisés quel que soit le résident et ses difficultés ?

9) Les classeurs de communication personnalisés sont parfois laissés de côté dans les établissements. D'après vous, ceci peut s'expliquer par (plusieurs réponses possibles) :

- Faute de temps
- Un oubli (par manque d'habitude)
- Des difficultés pour réussir à les utiliser concrètement
- Un manque d'informations sur le classeur personnalisé de chaque résident
- Un manque d'appropriation par le résident
- Aucune amélioration des difficultés de communication
- Autre :

10) Avez-vous reçu une (ou plusieurs) formation(s) concernant la communication alternative et augmentative ? oui / non

➤ Si oui :

- De quelle(s) formation(s) s'agissait-il ?
- Cela vous a-t-il permis de faire évoluer votre pratique professionnelle ?
- Ressentez-vous le besoin de vous former davantage ?

➤ Si non :

- Ressentez-vous le besoin de suivre une formation dans ce domaine ?

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à nos questions. Les questionnaires seront récupérés mardi 25 février 2014, merci de les déposer avant cette date au secrétariat.

Mathilde PERRIOUX et Antinéa SCHMITT
Etudiantes en 4^{ème} année d'orthophonie

Annexe 4

Profil des scores

PRÉSENTATION			REPRÉSENTATION	
Série 1	Série 2	Série 3	Série 4	Série 5
		17		
		16		
		15		30
	7	14		29
D	6	13		28
C	5	12	22	27
B	4	11	21	26
A3	3	10	20	25
A2	2	9	19	24
A1	1	8	18	23

+: réussi, -: échoué, N: non administré

Annexe 5

Profil des scores

PRÉSENTATION			REPRÉSENTATION	
Série 1	Série 2	Série 3	Série 4	Série 5
		17		
		16		
		15		30
	7	14		29
D	6	13		28
C	5	12	22	27
B	4	11	21	26
A3	3	10	20	25
A2	2	9	19	24
A1	1	8	18	23

+: réussi, -: échoué, N: non administré

Annexe 6

Profil des scores

PRÉSENTATION			REPRÉSENTATION	
Série 1	Série 2	Série 3	Série 4	Série 5
		17		
		16		
		15		30
	7	14		29
D	6	13		28
C	5	12	22	27
B	4	11	21	26
A3	3	10	20	25
A2	2	9	19	24
A1	1	8	18	23

+: réussi, -: échoué, N: non administré

Annexe 7

Profil des scores

PRÉSENTATION			REPRÉSENTATION	
Série 1	Série 2	Série 3	Série 4	Série 5
		17		
		16		
		15		30
	7	14		29
D	6	13		28
C	5	12	22	27
B	4	11	21	26
A3	3	10	20	25
A2	2	9	19	24
A1	1	8	18	23

+: réussi, -: échoué, N: non administré

Abstract :

Adults with intellectual disability may have significant communication difficulties. The implementation of augmentative and alternative communication tools develops within the structures taking them in to allow them to express themselves and better understand their environment. The choice of a suitable tool requires a thorough assessment performed by the speech therapist. We decided to suggest some adjustments to the environment and appropriate communication tools for four adults with intellectual disability residing in a specialized institution. These recommendations are based on their level of understanding, determined through the ComFor test. They are also made with the help of the professionals of the institution who support these adults every day and are able to know in which situations the introduction of a communication aid is relevant. In parallel to these recommendations, we developed a questionnaire for these professionals in order to understand their daily practice and their knowledge of augmentative and alternative communication. This questionnaire highlights that communication difficulties persist despite the means implemented spontaneously by the professionals (including the use of gestures). It also reveals the lack of training and information deplored by the professionals about augmentative and alternative communication. The speech therapist has thus a key role in supporting adults with intellectual disability. The evaluation performed by the therapist allows the objective assessment of their skills in order to suggest appropriate communication. This work is carried out in partnership with the professionals who support these people every day: their knowledge of the residents will help the speech therapist to make appropriate recommendations. The speech therapist follows the implementation of these adaptations by informing the teams about the suggested media and their use.

Key words : Intellectual disability - Adults - Augmentative and alternative communication - Multidisciplinary team

Communication alternative et augmentative auprès d'adultes déficients intellectuels : aménagements de l'environnement et outils de communication adaptés

Résumé :

Les adultes porteurs de déficience intellectuelle peuvent présenter d'importantes difficultés de communication. La mise en place d'outils de communication alternative et augmentative se développe au sein des structures les accueillant pour leur permettre de s'exprimer et de mieux comprendre leur environnement. Choisir un outil adapté nécessite une évaluation approfondie réalisée par l'orthophoniste. Nous avons décidé de proposer des aménagements de l'environnement et des outils de communication adaptés pour quatre adultes déficients intellectuels résidant dans un établissement spécialisé. Ces préconisations se fondent sur leur niveau de compréhension, déterminé grâce au test ComVoor. Elles sont également établies grâce à l'aide des professionnels de l'établissement qui accompagnent au quotidien ces adultes et sont les mieux à même de savoir dans quelles situations l'introduction d'une aide à la communication est pertinente. En parallèle, nous avons élaboré un questionnaire à destination de ces professionnels afin d'appréhender leur pratique quotidienne et leurs connaissances relatives à la communication alternative et augmentative. Ce questionnaire met en évidence la persistance des difficultés de communication malgré les moyens mis en place spontanément par les professionnels (notamment le recours aux gestes). Il révèle également le manque de formation et d'informations regretté par les professionnels au sujet de la communication alternative et augmentative. L'orthophoniste a ainsi un rôle essentiel dans la prise en charge des adultes porteurs de déficience intellectuelle. Son évaluation permet d'apprécier de façon objective leurs compétences pour proposer une communication adaptée. Ce travail ne se fait pas seul mais en partenariat avec les professionnels qui accompagnent ces personnes au quotidien : leur connaissance des résidents aident l'orthophoniste à établir des préconisations adaptées. L'orthophoniste accompagne la mise en place de ces adaptations par un travail d'information auprès des équipes quant aux supports proposés et à leur utilisation.

Mots clés : Déficience intellectuelle - Adultes - Communication alternative et augmentative - Equipe pluridisciplinaire