



Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Enseignement des techniques de réadaptation

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

**Approche environnementale
de la Communication Alternative et Améliorée
en Maison d'Accueil Spécialisée**

Création d'outils et faisabilité de leur mise en place

Clotilde MARIJON

Sous la direction de Mélanie MULERO

Orthophoniste en IME et en MAS
Chargée d'enseignement au CFUO de Toulouse

• Septembre 2019 •

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont fait partie de la grande aventure qu'a été ce mémoire :

- **Mélanie**, merci pour la co-construction de ce projet, pour ton investissement, ton optimisme infaillible et ton énergie positive à toutes les étapes.

- Merci à **Mélanie, Claire, Camille, Ronan**, pour votre enthousiasme, votre aide infiniment précieuse et votre implication du début à la fin. J'ai appris à vos côtés qu'il n'y a pas de structure idéale, mais qu'il y a des collègues idéaux. Vous avez placé la barre très haute !

- Merci à tous les **professionnels de la structure** : à la direction pour sa confiance ; aux professionnels du quotidien ; du médical (Nathalie en particulier) ; de la logistique (big up aux lingères) et de l'administration pour leur participation et leur investissement dans cette aventure partagée.

-Merci à **Alexia** de m'avoir accompagnée patiemment dans ma rencontre (initialement indésirable) avec Excel et les statistiques.

- Merci à **Adélie**, génie de l'infographie et amie au soutien sans faille, pour la mise en forme de TOUS les supports de communication. Entre autres.

- Merci à toutes les personnes qui ont donné de leurs mains et de leurs temps pour participer au grand challenge du découpage / collage / plastifiage / redécoupage des 800 pages des kits de com' en 1 WE : Marie et Marie, Ariane, Micha, Eugénie, Laure, Nad, Marie-Ange, Simon, Mélanie et Mélanie, Johanne, Claire, Camille, Maëline.

- **Johanne**, merci pour ton aide, tes relectures et tes encouragements. La suite de ce projet est entre d'excellentes mains. ☺

Au-delà de ce mémoire, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont inspirée professionnellement durant mes études :

- **Mélanie Planton**, première clinicienne rencontrée. Merci de m'avoir appris que ce n'est pas parce que l'IRM est bleue que le patient est un schtroumpf. Tu m'as interpellée avec la notion d'écologie il y a cinq ans déjà. Vois comme elle est au cœur de ce mémoire !

- **Isabelle Collie**, coach et maman de notre promotion. Merci pour ton enthousiasme, ta bienveillance, ta passion orthophonique contagieuse et tous tes encouragements.

- **Mélanie Mulero**, prof, maître de stage, directrice de mémoire... mais plus que tout mentor. J'ai trouvé ma place en orthophonie à tes côtés. Merci.

- **Claire Savary**, ergo de choc. Merci pour ta générosité et ta douceur, qui rendent ton savoir-être très inspirant.

Merci du fond du cœur aux merveilleuses personnes côtoyées pendant ces cinq années :

- **Marie**, voisine de concours devenue amie si chère. We did it baby, yes we did.

- **Adélie, Laure, Eugénie**, ensemble du concours au diplôme, et tellement plus et plus loin.

- **Mélanie**, merci pour ce chemin parcouru main sur épaule (#MSE)

- **Micha**, merci pour ta présence toujours lumineuse et enthousiaste, et tes encouragements fraternels dans tous les moments qui comptent.

Les filles, ne serait-ce que pour vous, ces études valaient le coup ! ♥

Merci à toutes les personnes qui m'ont entourée dans ma vie étudiante en dehors de l'orthophonie :

- Un merci particulier à **Christopher**, patron *légendaire* (☺) du marché de saint Cyp' et ami de mes WE ces quatre dernières années. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir aidée à me surprendre et à me déployer. Tu sais, il y a eu deux choses dramatiques pour moi : bosser avec toi, et ne plus bosser avec toi.

- Merci à mes coloc's de ces deux dernières années, les frateux, Marie-Ange, Nad, Manue. Merci pour votre patience et vos encouragements dans les (trop) (nombreux) moments de rush. Merci de m'avoir aidée à voir plus loin quand il le fallait.

- Lucie, la famille Aceves, Audrey... Merci pour tout.

- Merci à tous mes proches pour leur soutien de toujours. Merci de m'avoir permis de vivre ces études dans les meilleures conditions possibles.

Le **chocolat** a compté plus que jamais cette année. Je lui dois beaucoup.

Last but not least, mes derniers remerciements vont aux **résidents**. K. & J., ce mémoire est pour vous, et pour tous les autres résidents. C'est grâce à vous qu'il a vu le jour : merci pour les questions et réactions que vous avez suscitées. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, qui est bien plus que ce que ce mémoire ne saurait essayer de vous apporter.

SOMMAIRE

Introduction	1
I. Assises théoriques	3
1. <i>Communication & handicap</i>	3
2. <i>De la communication à la CAA : agir sur le handicap de communication</i>	13
3. <i>Recommandations pour la création d'outils</i>	17
II. Problématique	25
III. Hypothèses	25
1. <i>Hypothèse principale : la faisabilité</i>	25
2. <i>Hypothèses secondaires : les outils</i>	25
IV. Méthodologie	27
1. <i>Questionnaire initial</i>	27
2. <i>Evaluation des résidents</i>	28
3. <i>Création des outils</i>	29
4. <i>Questionnaire post-utilisation des outils : Evaluation de la faisabilité</i>	34
V. Résultats	35
1. <i>Résultats des différentes étapes du protocole</i>	35
2. <i>Résultats des critères de jugement : validation des hypothèses</i>	42
VI. Discussion	47
1. <i>Discussion de la faisabilité (hypothèse principale)</i>	47
2. <i>Discussion & interprétation des hypothèses secondaires</i>	50
3. <i>Limites & biais</i>	53
4. <i>Perspectives</i>	55
VII. Conclusion	59
VIII. Glossaire	60
IX. Table des matières	61
X. Bibliographie	63
XI. Annexes	67

INTRODUCTION

Ce mémoire a vu le jour suite à différents constats cliniques ayant émergé au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). D'une part, la méconnaissance des possibilités de communication de ces résidents adultes, pour la plupart en situation de « *handicap complexe* » (Crunelle, 2018) et qui communiquent au-delà des mots. D'autre part la méconnaissance des possibilités d'intervention de l'orthophoniste auprès de cette population (une enquête téléphonique que nous avons réalisée en octobre 2018 révèle que 61% des MAS de la région Midi-Pyrénées (n=25/41) n'ont aucune intervention orthophonique, qu'elle soit salariée ou libérale), et des apports possibles des méthodes de Communication Alternative et Améliorée.

Les MAS sont des **lieux de vie** accueillant des **adultes en situation de handicap** dont les capacités d'autonomie et l'état de santé nécessitent une surveillance constante. Ces résidents cumulent des handicaps intellectuel, sensoriel, moteur qui ont un impact direct sur la communication (Birkett, 1984 ; Piazza & Dan, 2001; Vergne & Medici, 2016 ; article R344-1 du code de l'action sociale et des familles). En effet, ces personnes n'accèdent que peu, ou pas, au langage oral, et leurs capacités de communication sont limitées (Beukelman & Miranda, 2017, Crunelle, 2018). Le handicap génère également un **handicap de communication**, qui est **partagé** à la fois par l'émetteur et le récepteur (Cataix-Nègre, 2017), avec un impact sur les relations (Julien, 2009).

La Communication Alternative et Améliorée (CAA) est définie comme les « **moyens humains et matériels pour communiquer autrement ou mieux** qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés ou absents » (Cataix-Nègre, 2017, p.16).

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à l'instauration de la CAA en MAS. Les études menées sur la CAA portent majoritairement sur son **efficacité**, notamment auprès de patients avec **autisme** (Schwartz & Nye, 2006 ; Schlosser & Wendt, 2008), ou utilisent une **méthode donnée** (par exemple le PECS, comme dans l'étude de Liddle, 2001). Toutefois, les résultats de certaines études menées auprès d'adultes suggèrent que la CAA peut être une réponse aux troubles de la communication des résidents en MAS (Holyfield, Drager, Kremkow et Light , 2017).

De plus, ces études n'abordent pas la CAA de façon écologique, en prenant en compte l'environnement, ce qui est pourtant recommandé (Chambers & Rehfeldt, 2003 ; Julien, 2009 ; Holyfield & al., 2017). En effet, avec la **modélisation du handicap** de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la vision du handicap s'élargit à l'écosystème tout entier de la

personne. En agissant sur l'environnement physique et humain, il est possible de réduire les situations de handicap et les restrictions d'activité (OMS, 2001 ; Cataix-Nègre, 2017 ; Crunelle, 2018). Cette modélisation s'applique à la communication, dans le but de réduire les situations de handicap de communication. Ainsi, **agir sur l'environnement humain** est l'un des axes d'intervention de l'orthophoniste dans une structure d'hébergement à long terme (Julien, 2009). En effet, la prise en charge des difficultés de communication des personnes en situation de handicap, et notamment de handicaps complexes comme les personnes résidant en MAS, ne peut se faire que par une approche globale et environnementale, en rendant l'environnement et la communication accessibles. Le fait que la MAS soit un lieu de vie se prête d'autant plus à une telle approche puisque la majorité de l'écosystème du résident s'y trouve.

Dans cette optique, la problématique à laquelle nous tâcherons de répondre est la suivante : dans quelle mesure la mise en place d'un outil de CAA impliquant tout l'écosystème professionnel est-elle faisable au sein d'une MAS ?

Le premier objectif de notre étude est d'outiller tout l'écosystème professionnel (environnement humain) d'une MAS en **créant des outils de CAA** multimodaux et spécifiques aux différentes catégories de professionnels y exerçant, ainsi que de les **sensibiliser** aux enjeux de la communication et à l'apport de la CAA, et *in fine* à **l'utilisation de supports alternatifs**. Le second objectif est de **vérifier la faisabilité** de la mise en place de ces outils.

En premier lieu, nous présenterons les arguments théoriques justifiant l'élaboration de ce projet, puis la problématique et les hypothèses, ainsi que la méthodologie envisagée pour y répondre. Dans un second temps, nous présenterons les données obtenues aux différentes étapes de cette étude. Les résultats et hypothèses seront ensuite discutés, les limites évoquées, et nous tâcherons de conclure sur la faisabilité au regard de ces éléments.

I. ASSISES THEORIQUES

1. COMMUNICATION & HANDICAP

1.1 GENERALITES SUR LA COMMUNICATION

1.1.1 Définitions

La communication peut être définie comme « un **processus dynamique** par lequel un individu établit une relation avec quelqu'un pour transmettre ou échanger des idées, des connaissances, des émotions, par le langage oral ou écrit ou tout autre système de signes » (Arcand & Bourbeau, 1998, p.13). La communication remplit plusieurs **fonctions** : elle permet d'exprimer ses besoins et désirs, de transmettre un message, mais aussi d'entrer en relation et de se socialiser. (Light, 1988 cité par Beukelman & Mirenda, 2017 ; Astruc, 2007). Elle est reconnue comme « fondatrice de l'être » (Crunelle, 2018, p.5).

Jakobson (1963) en décrit six **composantes** : l'émetteur, le récepteur, le message, le code, le référent ainsi que le canal (Jakobson, 1963). Une autre caractéristique majeure de la communication est sa **multimodalité**, qui se retrouve à deux niveaux. D'une part, la communication est intrinsèquement multimodale (Coquet, 2012). Elle comporte en effet différentes modalités, notamment verbale et non-verbale, qui sont complémentaires et indissociables (Crunelle, 2018). D'autre part, lorsque l'utilisation du langage oral comme support de communication n'est pas possible, elle peut également « reposer sur d'autres canaux, comme l'écrit, les codes gestuels ou pictographiques » (Crunelle, 2018, p.5).

1.1.2 Généralités sur le développement du langage et de la communication

Dans le contexte nécessaire au bon développement du langage et de la communication, deux éléments ont toute leur importance : l'adulte et son accompagnement, et les routines.

D'une part, le langage est un système de signes que l'enfant s'approprie dans le cadre **d'activités conjointes avec l'adulte** (Guidetti, 2011). En effet, c'est l'interaction avec l'adulte qui permet à l'enfant d'évoluer au sein de sa « zone proximale de développement ». Concept issu des théories du langage de Vygotski (1978), cette zone désigne l'écart entre le niveau actuel de l'enfant et le niveau supérieur qu'il peut atteindre avec l'aide de l'adulte, et qui sera le sien par la suite (cité par Dardier, 2004).

D'autre part, la théorie du développement du langage de Bruner (1983) note elle aussi l'importance du rôle d'adulte, et précise l'importance des « formats », **épisodes d'action et**

d'attention conjointe avec l'adulte (cité par Dardier, 2004 ; Guidetti, 2011). Ces formats sont « les échanges habituels qui fournissent un cadre pour l'interprétation concrète de l'intention de communication entre mère et enfant » (Bruner 1938, cité par Guidetti 2011). Ils sont le lieu d'émergence du pointage (premier geste conventionnel), et sont ainsi des moments privilégiés pour amener l'enfant à progresser dans sa zone proximale de développement.

1.1.3 Facteurs de réussite ou d'échec de la communication

« Il ne suffit pas de s'adresser à quelqu'un pour que le message passe. » (Arcand & Bourbeau, 1998, p.13). Ainsi, ce n'est pas parce qu'un message est transmis qu'il est reçu et compris par l'interlocuteur en présence. Ces deux auteurs ont ainsi mis en correspondance les différentes composantes de la communication et les leviers ou les freins, capables de rendre la communication efficace ou difficile (cf Annexe 1). Par exemple, concernant le **code** : selon qu'il soit commun ou non, maîtrisé ou non, la communication sera ou ne sera pas réussie. Pour y remédier, des solutions pourraient être la simplification du message ou l'utilisation d'un autre code par exemple (Arcand & Bourbeau, 1998).

Dans le champ du handicap, d'autres particularités peuvent entraver la communication (cf partie 3, B : « Handicap et freins à la communication »). Nous verrons ultérieurement que l'adaptation de l'environnement humain est un facteur de réussite de la communication.

1.2. DE L'USAGER A L'ENVIRONNEMENT : GENERALITES SUR LE HANDICAP

Initialement, la terminologie du **handicap** s'appliquait à **l'individu** :

Le terme « handicapé » désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales (déclaration sur les droits des personnes handicapées, 1975, Assemblée générale des Nations Unies).

Dalla Piazza & Dan (2001) proposent une classification des formes de déficiences : ils distinguent ainsi les **déficiences génériques** (telles la déficience intellectuelle, l'autisme, l'épilepsie qui sont des « déficiences isolées le plus souvent présentes dans d'autres déficiences ou handicap ») ; les **déficiences spécifiques d'origine génétique** et celles spécifiques **d'origine accidentelle**. Ces déficiences sont notamment responsables de perturbations « de la construction des relations avec **l'environnement physique et humain.** » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

Quant à la définition du **polyhandicap**, s’y ajoute la notion d’un nécessaire « **accompagnement permanent et qualifié** associant éducation, soins, **communication** et socialisation ainsi qu’un accompagnement proche, dense et individualisé » ; sa prévalence est estimée à 2,5 pour mille chez les moins de 60 ans. (Basle, Bied-Cherretton, Boutin, Courtois, Georges-Janet, Rongieres et Zucman, 2005), avec une incidence 800 nouveaux cas chaque année (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016).

Toutefois, la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) introduit une nouvelle vision du handicap qui s’élargit à l’environnement : les personnes ne sont plus « handicapées » mais « en situation de handicap » (OMS, 2001). Et la responsabilité du handicap incombe désormais à **l’environnement et à ses contraintes** (Lespinet-Najib, Andre, Claverie, Le Blanc, Pinede et Favier, 2011).

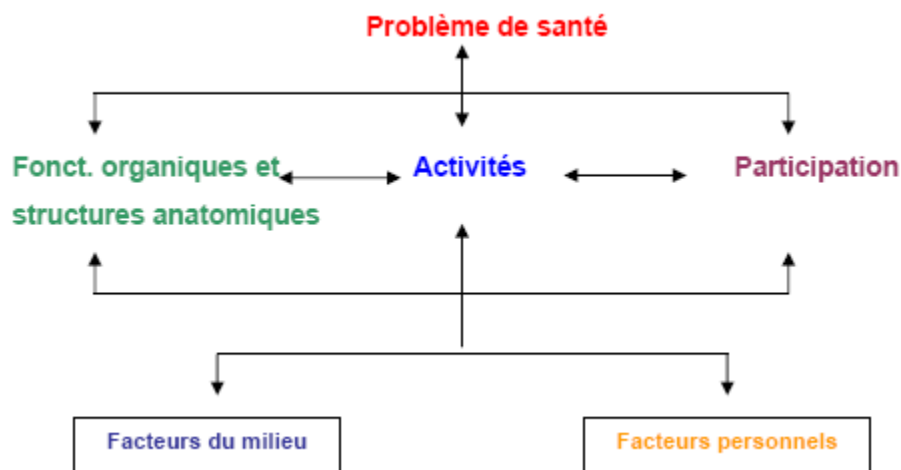


Schéma 1 : Modèle du handicap (OMS, 2001)

D’après ce modèle, il s’agit donc de prendre en compte les facteurs environnementaux pour compenser les facteurs personnels éventuellement déficitaires, dans le but d’agir sur les limitations d’activités (Crunelle, 2018).

1.2.1 Un lieu de prise en charge : les Maisons d’Accueil Spécialisées

Les adultes en situation de handicap sont accompagnés par des **structures médico-sociales**, les MAS et les FAM (Foyer d’Accueil Médicalisé). Ces dernières accompagnaient plus de de 10 000 personnes en 2016 (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Les MAS et les FAM sont deux **structures d’accueil** à destination de personnes **adultes** en situation de **handicap grave**. Initialement, les FAM s’adressaient à un public moins

lourdement handicapé, mais en pratique, ces deux structures accueillent sensiblement le même public (Vergne & Medici, 2016).

Elles sont définies comme des « **établissement ou services d'accueil et de soins** destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants » (Vergne & Medici, 2016). L'article R344-1 du **Code de l'action sociale et des familles** (CASF), précise également qu'il peut s'agir d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique ou d'une association de déficiences (CASF, 2005).

Selon l'article R344-2 du CASF, les MAS ont pour mission de fournir, et ce de façon permanente : un lieu d'hébergement ; des soins ; l'aide nécessaire aux actes de la vie courante ; des activités de vie sociale « destinées notamment à **préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions** de ces personnes ».

Les autres critères nécessitant le recours à une telle structure sont :

- des **capacités d'action et de décision réduites** (article D344-5-1 du CASF)
- des **capacités de perception, d'expression et de relation limitées** (article D. 344-5-1 du CASF)
- le besoin d'une « **aide à la communication** et à l'expression de leurs besoins et attentes » et d'un « **soutien au développement** et au maintien des **acquisitions cognitives** » (article D. 344-5-2 du CASF).

1.2.2 Caractéristiques de la communication en institution

Peu de littérature fait spécifiquement référence au rôle de l'orthophoniste au sein d'une structure comme les MAS. Les références suivantes sont issues d'études menées notamment au sein d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD) au Québec. Toutefois, il existe plusieurs similitudes entre MAS et USLD : ces deux structures accueillent chacune une population très dépendante nécessitant une surveillance médicale constante, et qui y réside. Dans ces deux structures, les résidents présentent des troubles de la communication, et le recours à l'orthophonie y est faible (en témoigne l'étude de Genereux, Julien, Larfeuil, Lavoie, Soucy et Le Dorze, 2004 pour l'USLD ; et le pourcentage de MAS ayant une intervention orthophonique en Occitanie). La différence concerne le type de population accueillie : l'USLD est aux personnes âgées à la santé devenue fragile ce que la MAS est aux adultes en situation de handicap.

Les établissements de soins de longue durée sont des « **environnements pauvres** en termes de communication » (Lubinski 1988, 1991, cité par Le Dorze, Julien, Genereux,

Larfeuil, Navanne, Laporte, et Champagne, 2000) car celle-ci y est décrite comme « **unidirectionnelle** » et « sous contrôle des soignants » (Hallberg et al 1990, cité par Le Dorze, Julien, Généreux & al 2000), et « **focalisée sur la santé et les soins** » (Lubinski et al, 1981 cité par Le Dorze, Julien, Généreux & al, 2000). De plus, le quotidien a « une **structure et organisation rigide** » limitant les possibilités d'interaction (Julien, Le Dorze & al, 2004). Dans son étude publiée en 2000, Le Dorze décrit deux types d'actes de communication : ceux spécifiques à la vie en institution (soins, nutrition..), et des actes génériques (discuter, se socialiser par exemple). Les résidents sont majoritairement impliqués dans des **actes spécifiques à la vie institutionnelle**. Il y a donc une restriction des thèmes et actes de communication, qui contribue à la pauvreté communicationnelle décrite par Lubinski (Le Dorze, 1994, Lubinski et al, cités par Le Dorze et al, 2000).

Toutefois, une des caractéristiques de la communication en institution décrite cette fois-ci par Crunelle (2018) à propos des résidents en situation de handicap est **l'importance de l'écologie et du quotidien**. L'impact des routines décrites par Bruner se retrouve dans le domaine du handicap, où elles sont des moments essentiels à privilégier dans l'établissement de la relation et de la communication. En effet, **la communication et les activités du quotidien sont indissociables** : « Le quotidien est un ensemble de moments de communication privilégié » (Crunelle, 2009). La routine quotidienne facilite également la compréhension (Julien, 2009), ce qui fait écho aux formats décrits par Bruner dans le développement typique.

1.3. DU HANDICAP AU HANDICAP DE COMMUNICATION

1.3.1 Application de la modélisation de l'OMS à la communication

Cette modélisation est applicable à la communication : il s'agit alors d'agir sur le handicap de communication par le biais de l'environnement (Cataix-Nègre, 2017). Julien (2009) rapporte qu'il y a peu de modèles d'intervention orthophonique en centre d'hébergement, et que les approches préconisées sont celles basées sur la **modification de l'environnement physique et humain** pour réduire le handicap, en référence à la modélisation du handicap de la CIF (OMS, 2001 ; Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron et al, 1998 cité par Julien, 2009). C'est pourquoi **agir sur l'environnement humain** est l'un des axes d'intervention de l'orthophoniste dans une structure d'hébergement à long terme. Beukelman & Mirenda (2017, p.129) décrivent également une intervention en CAA qui

« consiste à résoudre les difficultés de communication par des **adaptations environnementales**. »

De plus, tout système relationnel dépend des ressources personnelles de l'utilisateur, de celles de ses proches et de l'environnement (Crunelle, 2018). En situation de handicap, les ressources personnelles sont limitées, il incombe donc aux aidants et à l'environnement de s'adapter aux possibilités de la personne afin de **compenser** le déséquilibre du système relationnel. Dans cette même optique, l'ergothérapeute Anne Monat prône la nécessité d'adapter l'environnement et la communication de façon à les rendre « **prothétiques** ». (Monat, 1999, cité par Julien, 2009). En effet, l'environnement doit être capable de comprendre les sujets malgré leurs difficultés de communication et de les pallier. L'environnement humain prend donc toute son importance dans ce modèle.

Concernant l'**environnement physique**, la MAS est un lieu de vie. Ce cadre est similaire à celui des centres d'hébergement relaté par Julien, et offre la possibilité d'évaluer le résident dans son **environnement naturel**. Par conséquent, il devient plus facile de déterminer les « facteurs qui aident ou qui nuisent à sa participation aux différentes situations de sa vie quotidienne » (Julien, 2009, p.87).

1.3.2 Handicap et freins à la communication

Pour Crunelle (2018), **chaque niveau de la communication** peut être impacté et il faut envisager la communication de la personne dans sa globalité. Ainsi il est important de prendre en compte la diversité des déficiences qui influencent la communication :

Dans la déficience mentale, la limitation du contact oculaire et de l'attention, la restriction des possibilités d'apprentissage et la faible appétence pour la communication (liée à des échecs répétés dans ce domaine) sont des facteurs impactant le développement du langage et de la communication (Miller & Yoder, 1974, cités par Birkett, 1984). En effet, les **troubles cognitifs ou intellectuels augmentent le poids du handicap de communication** (Cataix-Nègre, 2017).

La présence de **troubles spatiaux et gnosiques** limite la compréhension du monde et des situations ; celle de **troubles moteurs** majore les troubles de la communication (Cataix-Nègre, 2017). La mémoire, la flexibilité et la capacité de traitement des informations sont également impactées (Dalla Piazza & Dan, 2001).

Dans le cas de handicaps lourds, d'autres événements comme la **douleur**, souvent constante chez ces personnes (Basle, 2005) ou la **baisse de vigilance** entravent également la communication (Jeaud, Astruc & Amarger, 2007). Ces événements sont d'autant plus à

prendre en compte que la communication doit respecter un équilibre dans l'échange énergétique pour être efficace, équilibre entre le désir de communiquer, les coûts moteur et cognitif ainsi que le temps nécessaire (Cataix-Nègre, 2007).

1.3.3 Conséquences sur la communication

Au niveau de l'**expression**, les personnes en situation de handicap (de communication) n'accèdent pas toutes au langage verbal (Beukelman & Mirenda, 2017, Crunelle, 2018). Ainsi, la forme de la communication peut être « éloignée de nos critères de normalité » et consister en des « signes qui sont de véritables manifestations de communication. » ; dans son contenu elle concerne essentiellement l'expression des désirs, des besoins physiologiques et des préférences (Crunelle, 2009). Quant au **versant réceptif** de la communication, si l'accès au symbolisme fait défaut, il n'y a pas de possibilité d'accès à un code commun (Crunelle, 2009), quelle qu'en soit la modalité.

Des besoins particuliers sont également présents de façon générale pour ces personnes et sont retrouvés dans la communication, notamment le besoin de **répétition** (Jeaud & al, 2007 ; Broca 2013) et de **temps de latence** (Jeaud, & al, 2007).

Ces déficits de communication entravent les interactions. Le handicap est alors dit **partagé** : « Aux deux extrémités de la chaîne on bute sur un obstacle : (...) Exprimer le message de façon inhabituelle ou avec une élocution déformée, et à l'autre bout, le décoder alors qu'il n'est **pas transmis de façon standard** (à savoir via une parole fluide) » (Cataix-Nègre, 2017, p.5). Le handicap de communication rejaillit donc sur les deux interlocuteurs en présence, tant l'émetteur que le récepteur, et le système qu'ils forment se retrouve « handicapé » (Cataix-Nègre, 2017), avec également un impact sur les relations (Julien, 2009).

1.3.4 Impact du handicap de communication sur le quotidien

Le handicap de communication impacte à la fois la personne (comportement, cognition, qualité de vie) et son entourage (handicap partagé).

Premièrement, à l'échelle de la personne, l'impossibilité à communiquer, ne pas comprendre ou ne pas être compris, peut générer des manifestations de frustration (Jeaud, Astruc & Amarger, 2007 ; Crunelle, 2009), des « **comportements problèmes** ». En effet, la communication et le comportement sont étroitement liés. De plus, les troubles du comportement sont **corrélés à la sévérité de la déficience et des troubles de la communication** (Willaye, 2007).

Le handicap de communication impacte également le **fonctionnement cognitif**. Broca (2013) expose ainsi que le trouble de la communication constitue le principal obstacle aux acquisitions cognitives.

De plus, il est important de souligner que des interactions positives entre les résidents et les soignants augmentent le sentiment de **qualité de vie** (Genereux & al, 2004 ; Julien, 2009). A contrario, les troubles du comportement en lien avec des difficultés de communication réduisent la qualité de vie (administration secondaire de médicaments, « réaction de désarroi de l'environnement face à ces comportements etc. ») (Willaye, 2007).

A l'échelle de l'entourage, le handicap de communication impacte tout d'abord les **soins**, puisqu'une communication efficace est essentielle pour les soins médicaux (Beukelman & Mirenda, 2017). Ainsi, Julien (2009) révèle que pour les aidants professionnels, « **les troubles de la communication des résidents affectent non seulement les relations interpersonnelles et la qualité de vie, mais également la qualité des soins prodigués** ».

1.4. EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DU HANDICAP DE COMMUNICATION

1.4.1 Evaluation

L'évaluation de la communication doit permettre d'objectiver les différentes **composantes de la communication de la personne et de son quotidien**. Il s'agit de déterminer ce que la personne exprime et comprend, sous quelles modalités, et avec quelles stratégies communicatives ; au niveau du **quotidien**, recenser ses besoins, goûts et désirs (Crunelle, 2018). Cette évaluation se fait lors d'activités du quotidien, et suppose l'intégration des soignants et de l'entourage dans le but de croiser les regards. (Crunelle, 2009).

Sur le plan **linguistique**, il est nécessaire d'évaluer la compréhension de symboles (Beukelman & Mirenda, 2017). En effet, la CAA étant basée sur des symboles alternatifs (visuels comme les pictogrammes, gestuels comme les signes par exemple), l'accès au symbolisme est nécessaire pour qu'une telle intervention soit indiquée (Crunelle, 2018) (cf partie I, 2.2 : « Les symboles : enjeux & caractéristiques »). L'évaluation varie selon les situations, le nombre d'interlocuteurs, le contexte routinier ou non, l'information contextuelle ou non etc. (Cataix-Nègre, 2017). Son but est de permettre l'élaboration d'un projet individualisé de communication (Crunelle, 2018).

Au-delà de la communication, différents paramètres sont à prendre en compte en vue de construire un projet de communication, et notamment de CAA. Sur le plan **cognitif**, il

s'agit de mettre en correspondance le bilan du langage et de la communication « avec celui de la mémoire, de l'attention des fonctions exécutives, spatiales, praxiques et gnosiques, des troubles comportementaux parfois associés » (Cataix-Nègre, 2017, p.74). L'évaluation doit également être **motrice et ergonomique** (Cataix-Nègre, 2017). Par exemple, en prévision de la mise en place d'un outil de CAA, il s'agit de déterminer le « **secteur de désignation préférentiel**, et dans ce secteur, la précision gestuelle, le nombre et la position des cases utilisables, la possibilité de tourner des pages, etc. » (Charrière, 2007, p.71).

Ainsi, il s'agit donc de déterminer les possibilités cognitives, langagières, sensorielles, motrices, linguistiques, opérationnelles, sociales (Beukelman & Mirenda, 2017) ; le tout en lien avec les différents professionnels. En effet, chaque corps de professionnels a un apport spécifique à apporter sur l'évaluation de la communication de la personne, en fonction de sens intervention auprès d'elle (Arpaillage & Debril, 2013). De plus, l'**environnement** fait également partie des paramètres à évaluer. En effet, les études dans le domaine de l'aphasie révèlent que la « **qualité de l'environnement** » est nécessaire à prendre en compte pour avoir une vision d'ensemble de la communication (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland & al, cité par Julien, 2009).

1.4.2 Prise en charge en institution

La prise en charge du handicap de communication en institution comporte deux axes majeurs : l'accompagnement et la posture dans la communication, et la cohérence institutionnelle. Contrairement à certaines croyances, cette prise en charge est possible à tout moment, comme le montreront les remarques que nous présenterons sur la temporalité.

Premièrement, l'accompagnement a de nombreux enjeux parmi lesquels « le développement de nouvelles compétences, leur mobilisation en éveil et le maintien de leurs acquis » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). En effet, la prise en charge de la personne en situation de handicap complexe requiert de la connaître et de veiller à son quotidien (Crunelle, 2018). L'accompagnement est donc indispensable et doit permettre la reconnaissance, la spécification et la prise en compte de toutes les modalités et particularités de la communication, afin de « **les rendre ainsi plus accessibles à tous.** » (Basle, 2005, p.5). L'accompagnement se fait donc sur les routines quotidiennes, mais aussi par « un **accompagnement plus spécialisé** ciblé sur le développement de ces modalités de la communication ayant recours à (...) des **moyens alternatifs avec supports gestuels pictographiques.** » (Basle, 2005, p.6). En effet, l'accompagnement seul ne suffit pas, puisque la dépendance majeure de ces personnes nécessite également « un recours à des techniques

spécialisées, notamment pour **l'acquisition de moyens de communication**. » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). De plus, l'accompagnement de ces personnes requiert une attitude particulière dans la communication (Jeaud & al, 2007). Pour faciliter **l'expression**, l'interlocuteur doit veiller à être vigilant, notamment pour « traquer » le moindre regard, geste ou tonus annonciateurs d'une expression. Quant à la **réception**, il est nécessaire de la faciliter en utilisant un langage accessible, des mots-clefs, des repères auditifs et visuels. L'aidant doit « se mettre en condition » (Jeaud & al, 2007), ce qui implique d'être disponible, de prendre le temps, de se mettre au niveau de la personne etc. Beukelman insiste sur la subtilité de la posture : il s'agit d'accompagner la personne dans sa communication, mais pas de « communiquer pour elle » (Beukelman & Ray, 2010 cités par Beukelman et Mirenda, 2017).

Parallèlement, la **cohérence institutionnelle** est un prérequis à toute prise en charge du handicap de communication en structure. Basle (2005) évoque la nécessaire cohérence de l'ensemble de l'institution dans l'accompagnement. Ainsi, il y a « **cohérence institutionnelle** » lorsque tous les acteurs professionnels se rassemblent autour d'un projet commun. Dans le domaine de la communication, elle est indispensable et doit être une priorité (Astruc, 2007). En effet, elle est déterminante pour que tous les acteurs de l'institution investissent le projet (Tytgat, 2007) et est un facteur de succès pour toute intervention de CAA (Beukelman, 1998, cité par Gallais et Glory-Gallerne, 2009 ; Beukelman & Mirenda, 2017). L'objectif ultime est de permettre une **ritualisation des pratiques** dans le domaine de la communication (Crunelle, 2018).

Quant à la temporalité de la prise en charge, le plan action polyhandicap le résume ainsi : « **Les capacités communicationnelles doivent être développées tout au long de la vie de la personne polyhandicapée** » (Basle, 2005, p.5-6). Certes, une prise en charge précoce est gage d'une meilleure efficacité, toutefois elle « doit être proposée à tout âge », et peut être « mise en place avec des personnes plus âgées » (Crunelle, 2009). De plus, « **leur potentiel d'évolution, même s'il est très limité, dépasse souvent les pronostics souvent encore trop pessimistes** » (Tomkiewicz, 1995, cité par Crunelle, 2018, p.6).

Une cohérence est également nécessaire dans la temporalité de la prise en charge. Actuellement, il existe une rupture entre la prise en charge des enfants / adolescents et des adultes en situation de handicap. En effet, la valorisation des capacités de ces personnes « tient à un changement de regard plus récent et **trop souvent absent auprès des adultes**. » (Basle, 2005, p.8). De plus, « la démarche d'apprentissage de la communication est par ailleurs aujourd'hui très inégalement développée, (...) parfois **absente des établissements**

pour adultes. » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale pointe également le fait qu'au sein des MAS et FAM, la continuité des apprentissages reçus jusqu'à l'adolescence n'est que trop peu prise en compte aujourd'hui. (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). L'enjeu est donc de maintenir et poursuivre les apprentissages, notamment au niveau des moyens de communication : « on doit affirmer d'emblée que le projet de vie des adultes polyhandicapés doit recevoir autant d'attention et de moyens que celui des enfants et **s'inscrire dans une continuité** » (Basle, 2005, p.5). Un plan action polyhandicap est en cours (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016) avec pour objectif de « promouvoir la citoyenneté, la participation et l'accès aux droits des personnes en situation de polyhandicap. » Les trois mesures correspondantes visent à « **promouvoir la communication** et l'expression de la personne polyhandicapée ; faciliter la scolarisation et les apprentissages **tout au long de la vie** ; et changer le regard sur le polyhandicap et favoriser la participation. » Concernant la promotion de la communication, la fiche action expose l'importance de la « démarche d'apprentissage et **d'accompagnement à la communication** », par le biais notamment de l'information aux aidants, l'outillage des professionnels et l'évolution des pratiques autour de la communication. Ce mémoire veut s'inscrire dans ces trois axes à destination des **adultes** en situation de **handicap** qui résident en MAS.

2. DE LA COMMUNICATION A LA CAA : AGIR SUR LE HANDICAP DE COMMUNICATION

2.1 DEFINITIONS & OBJECTIFS

Cataix-Nègre (2017, p.16) définit la CAA comme les « **moyens humains et matériels pour communiquer autrement ou mieux** qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés ou absents ». Son but est de permettre une communication « **basique** », « **fonctionnelle** » (Grove & Walker, 1990 ; Cataix-Nègre, 2017), dans l'optique de permettre la satisfaction des **besoins de communication** et de favoriser l'engagement dans des interactions (Beukelman & Mirenda, 2017). La CAA se veut être un « **adjuvant** » ou un « **substitut à la parole** » (Cataix-Nègre, 2017).

Il existe différents systèmes pour communiquer autrement. Les différents supports de CAA peuvent être classés de différentes façons, selon qu'ils soient **avec ou sans aide**

technique (Cataix-Nègre, 2017 ; Beukelman & Mirenda, 2017) selon qu'ils soient **low tech** (de basse technologie) ou **high tech** (de haute technologie) (Charrière 2017), ou encore selon que les **systèmes de symboles** soient **aidés, non aidés, ou aidés et spontanés** (Beukelman & Mirenda, 2017).

Le tableau « Tableau de synthèse des types d'outils de CAA abordés : utilisation, avantages et limites » (cf annexe n°1) classe et synthétise les avantages et limites des différents types de CAA abordés dans notre étude, à savoir l'utilisation de signes, pictogrammes, et la multimodalité. Les systèmes de communication high tech n'étant pas abordés, ce tableau n'est pas exhaustif.

2.2 LES SYMBOLES : ENJEUX & CARACTERISTIQUES

Si le « code », dans sa définition courante, représente un « ensemble conventionnel de symboles, conventions ou signaux destinés à représenter une info », le « **code alternatif de communication** » se définit quant à lui comme un « ensemble de lettres, formes graphiques ou tridimensionnelles, de signes, qui permettent la **représentation des concepts nécessaires à la transmission d'informations.** » (Cataix-Nègre, 2017, p.16). Ces symboles alternatifs permettent alors de **remplacer ou représenter le référent** (Vanderheider & Yoder, 1986 cités par Beukelman & Mirenda 2017).

La compréhension des symboles dépend de nombreux facteurs, tels les habiletés sensorielles, cognitives, langagières et communicatives, l'intégrité neurologique, la motivation (Mineo Mollica, 2003 cité par Beukelman & Mirenda, 2017). Elle dépend également des **caractéristiques des symboles**, qui peuvent ou non favoriser leur compréhension. En voici les principales :

- **l'iconicité** des symboles, qui favorise leur apprentissage. Elle peut être **transparente** comme sur une photographie couleur : les caractéristiques du référent sont alors facilement à deviner en son absence (Fuller & Lloyd, 1991 cités par Beukelman & Mirenda, 2017). A contrario, lorsque l'iconicité des symboles est **opaque**, comme par exemple pour un mot écrit, la relation entre le référent et le symbole qui le représente n'est pas perceptible.

- la **familiarité** des symboles, qui permet une meilleure identification (Callaghan 1999, cité par Light, Worah & al 2008 ; Lund & al 98 cités par Beukelman & Mirenda, 2017).

- leur **degré de concrétude**, qui facilite la compréhension (Charrière, 2007 ; Light, Worah & al 2008 ; Lund & al 98 cités par Beukelman & Mirenda, 2017).

- la **couleur**, qui facilite la discrimination (Light & Drager, 2002 ; Stephenson, 2007 ; Wilkinson, Carlin & Jagaroo, 2006 ; Wilkinson & Jagaroo, 2004 cités par Beukelman & Mirenda, 2017).
- un **apprentissage en contexte**, qui permet de réduire la charge cognitive (Drager, Light, Speltz, Fallon & Jeffries, 2003 ; Light, Worah & al, 2008 ; Lund & al, 1998 cités par Beukelman & Mirenda, 2017).

2.3 ASPECTS ERGONOMIQUES

Une fois que le choix du contenu de l’outil et le mode de symbolisation des items sont déterminés, différents aspects sont à prendre en compte dans la conception d’un moyen de CAA.

Dans la communication alternative, il s’agit pour l’utilisateur de sélectionner son message (ou code) via un ensemble restreint de possibilités. Pour ce faire, plusieurs paramètres sont à déterminer. Tout d’abord, le **moyen de présentation** des symboles (ou codes), qui peut être **visuel**, **auditif**, ou **tactile**. La présentation visuelle des éléments de sélection est en général la plus plébiscitée (Beukelman & Mirenda, 2017).

Il existe également différents **types d’affichage de la sélection** : fixe, dynamique, ou hybride. Dans le cas de tableaux de communication, il est **fixe** puisque les items et symboles sont toujours à la même place. Dans ce cas, plusieurs affichages fixes sont nécessaires pour couvrir tout le vocabulaire dont l’utilisateur a besoin (Beukelman & Mirenda, 2017).

Puis, les différentes **caractéristiques physiques des affichages de sélection** sont à déterminer, à savoir la taille des items, le nombre d’items, leur espacement et leur organisation. Le **nombre** d’items est le critère le plus important pour déterminer l’affichage. Il correspond au **nombre de symboles nécessaires** pour la personne, « dont elle a besoin » (Beukelman & Mirenda, 2017). Quant à la **taille** de l’item, elle se détermine en fonction des capacités visuelles, la technique d’accès motrice, le type de symboles et le nombre d’éléments à afficher. S’y ajoute également le **contrôle moteur**, qui est souvent meilleur d’un côté que de l’autre : la taille doit être suffisante pour permettre une sélection précise et efficace. La taille des items peut par exemple être plus petite du côté où le contrôle moteur est le meilleur (Beukelman & Mirenda, 2017). Enfin, **l’espacement et l’organisation** des items, il se détermine également en fonction des possibilités visuo-motrices propres au futur utilisateur. Il peut s’agir d’espacer les items les uns des autres (les séparer par du vide), ou de colorer le contour de certains (renforcer le contraste avec le reste de l’affichage). Là aussi le contrôle

moteur a toute son importance : le positionnement des éléments se fait du côté ou le contrôle moteur est le plus efficace (Beukelman & Mirenda, 2017).

Après avoir déterminé les caractéristiques des affichages de sélection, la **technique de sélection** est également à définir. Elle correspond au **mode d'identification de sélection** des items. Il existe deux principales techniques de sélection : la **sélection directe**, ou le **balayage** (Beukelman & Mirenda, 2017). Pour ces auteurs, la technique de sélection directe la plus fréquente est le **pointage digital**, lorsque les capacités visuo-motrices de l'utilisateur le permettent. Le pointage peut également se faire sans contact, notamment via le recours à un pointeur (lumineux ou optique), la commande oculaire ou la reconnaissance vocale.

2.4 PREREQUIS A L'APPRENTISSAGE D'UN OUTIL DE CAA

Différents prérequis sont à prendre en compte dans la mise en œuvre d'une démarche de CAA :

Sur le **plan sensoriel**, de bonnes **capacités visuelles** sont une condition majeure puisque « les pictogrammes se concentrent dans une zone délimitée par un cadre souvent contrasté ; l'élément signifiant demande une capacité de **vision de près** et de **discrimination fine**». (Charrière, 2007).

Sur le **plan de la communication**, l'accès au **symbolisme** est indispensable (Charrière 2007 ; Cataix-Nègre, 2017 ; Crunelle, 2018). Crunelle (2018) va jusqu'à dire que si l'utilisateur n'accède pas au symbolisme, « il serait utopique (...) d'insister pour l'apprentissage de pictogrammes symboliques » (p.11-12). En sachant que le symbolisme a lui-même pour prérequis la **permanence de l'objet** (Cataix-Nègre, 2017). Au-delà du symbolisme, Cataix-Nègre (2017) cite également la capacité à apparier (appariement d'objets réel, objet / photo, objet /picto) comme un prérequis. **L'attention conjointe** est également nécessaire, puisque les moyens de CAA induisent une « relation triadique » entre l'utilisateur, son interlocuteur et l'outil (Charrière, 2007).

Sur le **plan moteur**, le **pointage** doit être suffisamment précis pour permettre une désignation efficace des items (Charrière, 2007).

2.5 EFFETS DE LA CAA

La CAA a notamment un impact sur la parole, le comportement, et les apprentissages.

Sur la parole tout d'abord, les moyens de CAA fournissent un « contexte favorable à **l'amélioration de la parole** ». Une étude menée sur l'impact de moyens de CAA (codes pictographiques & synthèse visuelle) sur la parole révèle en effet une **amélioration**

quantitative (augmentation des vocalisations par exemple) et **qualitative** (meilleure intelligibilité) de la parole (Grosmaître, 2007). Ainsi, contrairement à certaines idées reçues, l'intervention en CAA n'entraîne pas une diminution ou une perte des capacités préexistantes de l'utilisateur ou de sa parole (Cataix-Nègre, 2017).

Sur le comportement, l'introduction d'un moyen de CAA en tant que nouveau moyen d'expression peut contribuer à la diminution des **comportements de frustration** (Tytgat, 2007). En effet, une action destinée à structurer l'environnement par le biais **d'outils de prévisibilité** et une « amélioration de la communication de l'environnement humain » peuvent contribuer à réduire l'apparition de troubles du comportement (Willaye, 2007). De plus, si les partenaires de communication sont sensibilisés à la communication et prennent le temps de « mieux communiquer », ils « gagneront du temps compte tenu qu'ils en perdront moins à gérer les frustrations engendrées par les **bris de communication**. » (Julien, 2009). Il est toutefois à noter que lors de la phase d'appropriation de l'outil, des « comportements problèmes » (cris, colère, auto-agressivité) peuvent émerger, ayant valeur de communication (Beukelman & Mirenda, 2017). Ils peuvent sans doute s'expliquer par le manque de maîtrise dans l'utilisation.

Enfin, la CAA peut également favoriser les apprentissages. En effet, la désignation et le signe, mêmes s'ils sont approximatifs, ouvrent la porte à de nouveaux apprentissages, notamment par le biais des pictogrammes et objets, qui « constitueront un socle d'apprentissage » (Cataix-Nègre, 2017, p.42).

3. RECOMMANDATIONS POUR LA CREATION D'OUTILS

3.1 RECOMMANDATIONS SUR LA FORME DE L'OUTIL

3.1.1 L'individualisation

L'outil de communication doit être pleinement adapté aux capacités cognitives, motrices et visuelles de son utilisateur (Crunelle, 2009). Ainsi, les compétences de mémorisation et de classification détermineront l'organisation des pictogrammes de l'utilisateur, et les symboles visuels pourront également être adaptés en fonction de ses aptitudes visuelles (augmentation des contrastes figure / fond, modification des tracés etc.) (Charrière, 2007)

3.1.2 Accessibilité

L'outil « n'a de sens que s'il est toujours accessible » (Crunelle 2018, p.95). Crunelle évoque ici l'importance de l'accessibilité spatiale, avec des outils à portée de main. Il doit également être accessible dans l'utilisation, puisque « les partenaires ont besoin d'un système qui est **simple** à apprendre, **immédiatement utilisable** et qui leur permet de bâtir leur confiance immédiatement » (Volpato, Orton & Blackburn 1986, cités par Grove & Walker 1990).

L'enjeu de ce critère est notamment de faciliter l'appropriation de l'outil par les professionnels, l'accessibilité de l'outil est donc un critère primordial (Cataix-Nègre, 2017).

3.1.3 Multimodalité

L'outil de communication doit permettre l'utilisation de **tous les canaux d'expression** (Beukelman, 1998, cité par Gallais et Glory-Gallerne, 2009).

Pour les interlocuteurs de l'utilisateur, il s'agira « d'accompagner la parole avec une information visuelle », de « renforcer l'information en utilisant un code gestuel » (Charrière, 2007, p72-73).

3.1.4 Ecologie

L'outil de communication doit être introduit en « **contexte naturel** » (Beukelman, 1998, cité par Gallais et Glory-Gallerne, 2009 ; Beukelman & Miranda, 2017), dans une perspective « **fonctionnelle** ». En effet, la clef d'apprentissage d'un système de CAA réside dans une utilisation en situation « hors du bureau de l'orthophoniste, en interactions réelles, dans le quotidien. » (Bryen & Joyece, 1986 ; Willems et al, 1982 cités par Grove & Walker 1990 ; Cataix-Nègre, 2017). Ainsi, il ne s'agit pas simplement d'utiliser un outil de CAA, mais avant tout d'en « partager le sens dans les situations de la vie quotidienne. » (McNaughton, Light, Beukelman, Klein, Nieder, 2019).

Ce critère s'inscrit dans l'approche de la rééducation fonctionnelle pragmatique, pour laquelle l'objectif est de « construire des **contextes de rééducation proches de ceux de la vie quotidienne** » notamment en faisant en sorte que le contexte de la rééducation soit proche du contexte quotidien, ou en accompagnant les partenaires de communication pour améliorer l'échange. (De partz et Carlomagno, 2000, cité par Dardier, 2004, p115-116)

3.2 RECOMMANDATIONS SUR LE CONTENU DE L'OUTIL

3.2.1 Différents types de vocabulaire

Beukelman & Mirenda (2017) distinguent deux types de vocabulaire, le **vocabulaire de base** (mots fréquemment utilisés par tous) et le **vocabulaire spécifique** (directement lié à une personne). Le Dorze, Julien & al (1994) proposent quant à eux un **vocabulaire spécifique à chaque corps de métiers**. En effet, « chaque catégorie d'intervenants communique avec le résident pour des raisons spécifiques en lien avec sa définition de tâche » (cité par Julien 2009, p.104). Différents recueils de « communication pictographique » ont ainsi été créés par *l'Aphasia Institute de Toronto*, à destination notamment des professionnels de santé et des partenaires de communication de patients aphasiques (<https://www.aphasia.ca/>)

L'important étant « d'utiliser un **vocabulaire stable et standard transversal** à toutes les situations du quotidien » (Grove & Walker, 1990).

3.2.2 Sélection du vocabulaire

Le choix du vocabulaire est un **processus dynamique** destiné à évoluer au fur et à mesure de l'utilisation de l'outil, et en fonction des contextes de communication. Il se fait en lien avec les aidants des usagers (Charrière, 2007). Parmi les critères de sélection, les **intérêts** de l'utilisateur et la **fréquence d'usage** sont à prendre en compte (Beukelman & Mirenda, 2017). En effet, les outils sont à adapter à chaque personne et à chaque situation de communication (Astruc, 2007), l'objectif étant de permettre une individualisation de l'outil dans sa forme et son contenu (cf partie I, 3.1.1 « L'individualisation »).

3.3 RECOMMANDATIONS SUR L'UTILISATION DE L'OUTIL

Concernant les **moments** d'utilisation, les pictogrammes doivent être intégrés aux « scénarios transactionnels familiaux et routiniers » (Charrière, 2007) (cf partie I, 1.1.2 « Généralités sur le développement du langage et de la communication »). Concernant les **lieux**, les outils de communication doivent être mis en place à la fois dans les « lieux de passage ou de rencontre » (Charrière, 2007) et dans des « environnements variés, dans une perspective fonctionnelle » (Beukelman & Mirenda, 2017).

Concernant le type d'outils, tous sont **compatibles** et **utilisables en parallèle** par la même personne en fonction de l'interlocuteur et des **circonstances de communication** (Tytgat, 2014).

Les recommandations pourraient être résumées ainsi : dans une approche environnementale de la CAA, l'outil de communication doit être utilisé au bon moment, au bon endroit, et à de nombreux moments de la journée (Cataix-Nègre, 2007).

3.4 RECOMMANDATION SUR L'INTEGRATION DE L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

La CAA étant une « **approche environnementale** et globale » (Cataix-Nègre, 2017), l'environnement humain y a toute son importance. En sachant qu'en centre d'hébergement, la meilleure intervention décrite est celle consistant à faciliter la communication entre les résidents et les aidants professionnels (Julien, 2009).

3.4.1 Rôles de l'environnement humain

L'écosystème a une influence majeure sur la communication, puisqu'il impacte notamment les façons de communiquer (Beukelman & Mirenda, 2017). Ainsi, dans la mise en place de techniques de CAA, l'écosystème a donc différents rôles.

a) Participer à la prise en charge

Pour les résidents en établissements de soins de longue durée, l'orthophonie à visée de **restauration ou de compensation n'a que peu d'effet** (Clark, 1995 cité par Le Dorze, Julien, Généreux & al, 2000). Ainsi, une approche ciblée sur le patient est nécessaire mais insuffisante, et les partenaires de communication doivent être pris en compte, puisque leur collaboration est un facteur de réussite de l'interaction (Simmons-Mackie et Damico, 2007 ; Kagan, 1995 ; Garcia, Ruel et Joannette, 2001, cités par Julien, 2009) (Cf partie I, 1.3.1 « Application de la modélisation de l'OMS à la communication).

De plus, l'évaluation et la prise en charge nécessitent une **transdisciplinarité** et l'implication **de tous les aidants** qui gravitent de près ou de loin autour du patient, qu'ils soient familiaux ou professionnels (Crunelle, 2018). Tous doivent être informés des **compétences** et **stratégies** de la personne, et tous doivent participer au projet de soin, le connaître et l'appliquer sur les temps du quotidien. Cataix-Nègre (2017) ajoute que « l'entourage humain, en assistant les personnes dans leur compréhension et leur expression, **fait partie intégrante du projet** » (p.54). Ainsi, la coopération est indispensable à la réussite du projet de CAA (McNaughton & al, 2019).

b) Accompagner les usagers

Puisque « l'outil de CAA ne rend pas un interlocuteur compétent » (Beukelman, 1991, cité par Beukelman & Miranda, 2017), il est indispensable que les usagers soient accompagnés, soutenus et encouragés dans l'utilisation de leur outil. Cet accompagnement doit couvrir **l'avant**, le **pendant** et **l'après de la communication**. Avant, pour veiller à ce que l'installation de la personne soit en accord avec ses outils de communication, pendant pour « faciliter et répondre, et après pour agir en conséquence ». (Charrière, 2007). Les aidants ont ainsi un rôle à jouer dans la « résolution ou la diminution du **handicap de communication** » (Cataix-Nègre, 2007).

c) Communiquer de façon multimodale

Ce rôle découle de l'importance que l'outil soit multimodal. Or, l'outil n'est multimodal que par **l'utilisation** que les usagers en font. Cataix-Nègre (2007 ; 2017) définit la multimodalité comme une « responsabilité sociale, institutionnelle et politique » de signer et désigner en même temps que l'on parle, de **parler « trilingue »**.

La communication multimodale consiste ainsi en une « **triade** » parole-signes-images, un « **bain de langage alternatif** » (Cataix-Nègre, 2017), dont le but est de renforcer et « baliser » la parole (Cataix-Nègre, 2007). Cataix-Nègre précise qu'il ne s'agit pas de traduire toute la parole en signes ou images, mais les mots importants « qu'on **aimerait que la personne exprime un jour** » (Cataix-Nègre, 2017). Le recours à la multimodalité favorise également la **mémorisation** (Broca, 2013).

d) Modéliser

Les moyens de CAA dépendent directement de « l'aide humaine », et notamment des « capacités du colocuteur à **épouser d'autres rôles** » : « **L'autre devient à proprement parler un moyen de communication** » (Charrière, 2007, p.69). Ainsi, les outils de communication alternatifs ne prennent sens que dans leur **utilisation** « **modélisatrice et étayante** » (Cataix-Nègre, 2007). La modélisation doit être conjointe à la **multimodalité**. « Pour l'accompagnant, modéliser c'est parler à la personne oralement et interagir en utilisant les moyens de CAA dans le but de lui donner un **modèle** » (Cataix-Nègre, 2017, p.43), le tout en vivant un véritable scénario de communication (Cataix-Nègre, 2013).

De plus, la modélisation donne à l'utilisateur (en situation de handicap de communication) un statut « d'acteur » de l'échange, et permet de s'immerger dans la CAA naturellement, de façon écologique (Cataix-Nègre, 2007, 2014). La modélisation renforce

également la réception de la communication, et est gage de la réussite de l'interaction et de l'utilisation des outils de CAA (Beck, 2009, cité par Cataix-Nègre, 2017).

e) **Contribuer à l'amélioration des outils et interventions en CAA**

Si la sélection du vocabulaire est un processus dynamique, il en est de même pour l'outil, amené à évoluer au fil des utilisations et des retours des utilisateurs (Beukelman & Miranda, 2017). Ainsi, il est indispensable que l'environnement soit « soutenant » et impliqué pour que la démarche de CAA puisse se généraliser (Cataix-Nègre, 2017).

Si l'environnement humain a donc différents rôles, quels sont ceux de l'orthophoniste auprès de lui ?

3.4.2 **Rôles de l'orthophoniste auprès de l'environnement humain**

L'orthophoniste a deux rôles majeurs auprès de l'environnement humain : l'accompagnement et la formation.

a) **Rôle d'accompagnement des professionnels**

Il s'agit d'accompagner les professionnels dans les différentes étapes de l'instauration de la CAA. Tout d'abord dans **l'appropriation de l'outil** de communication alternatif. En amont de l'utilisation des outils, il est nécessaire que les partenaires potentiels (aidants professionnels) en « aient une bonne connaissance ». Les partenaires ont également besoin d'être accompagnés pour « comprendre et utiliser les outils envisagés » (Cataix-Nègre, 2017).

L'orthophoniste a également un rôle d'accompagnement dans la nécessaire **posture** face à une situation de handicap de communication. Il s'agit ainsi de « transmettre ce que nous avons compris aux autres accompagnants » (Crunelle, 2018), de leur apprendre à observer, décoder et comprendre les diverses manifestations de communication de sujet afin qu'ils soient capables de pallier ses difficultés de communication, qu'elles soient expressives ou réceptives (Julien, 2009). L'objectif ultime étant que la personne soit considérée « dans sa réalité d'être humain communicant » par « l'ensemble des aidants » (Crunelle, 2018).

L'accompagnement est également nécessaire dans **l'aspect alternatif de la communication**. En effet, pour l'environnement humain, la mise en place de « formes alternatives de communication » n'est pas aisée puisque le recours à la parole est le mode de

communication le plus naturel et spontané (Cataix-Nègre, 2017). Il est donc crucial d'accompagner les partenaires dans le recours à la multimodalité d'une part, et à l'utilisation de supports alternatifs d'autre part.

Enfin, l'orthophoniste a un rôle majeur à jouer dans la **généralisation et l'utilisation au quotidien**. En effet, l'intégration de la CAA dans la vie quotidienne est « le plus délicat pour les partenaires » (Cataix-Nègre, 2017). Pupier & Souchard (2016) ont ainsi mis en évidence dans leur mémoire « l'importance de l'**accompagnement des partenaires** pour la mise en place du dispositif afin de viser la **généralisation** du dispositif aux différentes sphères de vie de la personne ». En ce qui concerne la modalité gestuelle, il est primordial que les signes, soient intégrés dans les différentes routines et utilisés quotidiennement pour être automatisés (Cataix-Nègre, 2017).

b) Rôle de formation

Travailler auprès de personnes en situation de polyhandicap suppose « un **véritable effort de formation** de tous les professionnels qui les accompagnent » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Nous nous permettons d'étendre cette recommandation à destination des professionnels exerçant en MAS auprès d'adultes en situation de handicap (notamment au regard des réponses obtenues au questionnaire initial (cf partie IV, 1.1.2 « Principaux résultats de l'étude »)

Pour Julien (2009), la formation des intervenants est un des moyens **d'action sur l'environnement humain**. Elle permet notamment d'améliorer la qualité de la communication entre les soignants et les résidents, et de faire des soignants des « **rampes d'accès efficaces à la communication** ». Ainsi, le rôle de l'orthophoniste est alors de « proposer des stratégies de communication qui aideront non seulement les **intervenants à mieux communiquer avec le résident** mais également à rendre leur travail plus valorisant » (Julien, 2009, p.104). McNaughton & al (2019) exposent également que la formation des professionnels à la CAA est un des leviers pour en promouvoir le développement.

Le référentiel d'activités de l'orthophoniste expose que la rééducation « est accompagnée, en tant que de besoin de **conseils appropriés à l'entourage proche du patient** » (article 4 du BO n°32 du 05/09/13). S'y ajoute le fait qu'il puisse intervenir auprès des aidants et professionnels de santé de ses patients, mener des « activités **d'expertise et de conseil, et de coordination des soins** », ou qu'il ait un rôle de « transmission d'informations et de recommandations aux aidants et/ou à l'entourage, notamment les **professionnels intervenant auprès du patient** ».

Le référentiel d'activités propose différents moyens à destination des professionnels, parmi lesquels : réalisation de **séances d'information collective, de documents de référence, formation des professionnels** de santé sur des thématiques en lien avec le champ d'intervention de l'orthophoniste. Basle (2005) précise que cette information doit être caractérisée par « l'objectivité, la clarté des termes employés, leur acceptabilité. » En sachant que si les orthophonistes eux-mêmes sont formés et ont de l'expérience en matière de CAA, les résultats n'en seront que meilleurs et plus rapides (McNaughton & al, 2019).

II. PROBLEMATIQUE

Au vu de la modélisation du handicap de l'OMS, des apports possibles de la CAA et des caractéristiques des MAS (notamment le fait qu'il s'agisse d'un lieu de vie), il nous semble pertinent de proposer une approche environnementale de la CAA, c'est-à-dire d'agir sur l'environnement humain de la structure pour que les professionnels y exerçant soient des rampes d'accès à la communication pour les résidents.

Notre problématique est donc la suivante : Dans quelle mesure la mise en place d'outils de CAA impliquant tout l'écosystème professionnel est-elle faisable au sein d'une MAS ?

Pour rappel, l'objectif principal de notre étude est la création d'**outils de CAA** multimodaux et à destination des professionnels de la structure et des résidents ayant accès au symbolisme. Le second objectif est de **vérifier la faisabilité** de la mise en place de ces outils.

III. HYPOTHESES

La méthodologie envisagée pour atteindre ces objectifs répond aux hypothèses suivantes :

1. HYPOTHESE PRINCIPALE : LA FAISABILITE

- **Hypothèse 1** : La mise en place d'outils de CAA dans une approche environnementale, à destination des résidents d'une MAS ayant accès au symbolisme et de leur écosystème professionnel, est faisable.

2. HYPOTHESES SECONDAIRES : LES OUTILS

Pour que la mise en place de ces outils soit faisable, un certain nombre de critères sont indispensables à prendre en compte dans la conception-même des outils, avant d'envisager leur utilisation. Aussi, nous avons choisi dans le cahier des charges de ces outils trois critères à partir desquels formuler les hypothèses secondaires : pour que la mise en place d'outils de CAA soit faisable, les outils devront avant tout être **accessibles, écologiques**, et s'inscrire dans une démarche **d'information et d'accompagnement** des professionnels.

- **Hypothèse 2** : Le format des outils proposés les rend accessibles.

- Sous-hypothèse 1 : Les outils ont une bonne accessibilité spatiale (outils pratiques à utiliser car intégrés sur les lieux ou les routines pour réduire les contraintes liées à l'accès)

- Sous-hypothèse 2 : Les outils ont une bonne accessibilité temporelle (ne demandent pas de temps supplémentaire mais s'inscrivent sur la communication déjà existante).

- **Hypothèse 3** : Les outils sont écologiques. Leur contenu est adapté à la pratique des différents professionnels et aux besoins des résidents.

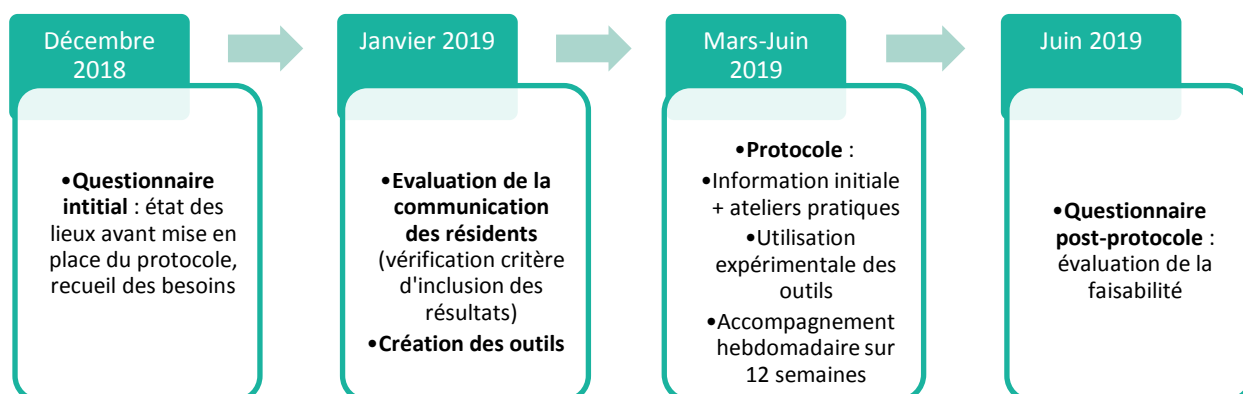
- **Hypothèse 4** : La mise en place des outils doit s'accompagner d'informations et d'un accompagnement des professionnels.

- Sous-hypothèse 1 : La mise en place d'une information est un préalable nécessaire à l'utilisation de l'outil.

- Sous-hypothèse 2 : L'accompagnement est un soutien indispensable à leur appropriation par les professionnels.

IV. METHODOLOGIE

Pour répondre aux hypothèses sus-citées, la méthodologie envisagée comprend différentes étapes. Ainsi, le design de notre étude est le suivant :



La population de cette étude est l'ensemble de l'écosystème professionnel de la structure, et les résidents ayant accès au symbolisme (critère d'inclusion, cf partie IV, 2.2.2).

1. QUESTIONNAIRE INITIAL

1.1 OBJECTIFS

Un **premier questionnaire** a été élaboré puis diffusé en décembre 2018 auprès de tous les professionnels exerçant sur la structure, **toutes professions confondues**. Son objectif était de permettre un **état des lieux** des enjeux autour des situations de communication avec les résidents, et de recueillir les attentes et besoins des professionnels vis-à-vis de leurs futurs outils (sur son fond soit son contenu, et sur sa forme concrète). Les réponses ont également permis d'enrichir cliniquement le **cahier des charges** que nous avons élaboré pour ces outils.

1.2 ELABORATION

Deux supports ont guidé l'élaboration de notre questionnaire initial : Le **Questionnaire d'Evaluation de la Communication entre les Intervenants et les Résidents de centre d'hébergement et de soins de longue durée, QECIR** (Le Dorze & al, 2000) puis le questionnaire de l'étude de Généreux & al (2004).

Le premier d'entre eux, le **QECIR** a pour but « d'évaluer la communication des résidents en relation avec leurs soignants et leur environnement ». (Le Dorze & al, 2000)

Il a enrichi notre questionnaire de questions concernant les moyens utilisés par l'intervenant pour comprendre le résident ou pour lui transmettre un message. Nous avons toutefois préféré proposer ces questions de façon ouverte, afin que les réponses obtenues

soient au plus près de la réalité des situations de communication sur la structure. Nous avons également emprunté au QECIR la notion de « degré d'efforts » dans les interactions avec les résidents.

Le second est le **questionnaire** proposé dans l'étude de Le Généreux & al (2004) qui a pour but de décrire « la communication lors d'interactions avec un résident ayant des troubles de la communication ». Dans cette étude, ce questionnaire est utilisé comme outil de mesure pour évaluer l'impact de l'utilisation de « plans de communication » (supports informatifs présentant les spécificités des résidents au niveau de leur communication) par les aidants professionnels des résidents.

La première partie du questionnaire se compose de 8 questions sur la communication avec les résidents en centre de soins de longue durée. Nous nous en sommes grandement inspirés, elles apparaissent dans les deux premières parties de notre questionnaire « A propos de la place de la communication dans votre pratique » et « A propos des situations de communication du quotidien ».

Les autres parties du questionnaire ont été élaborées en fonction des **champs d'activités** des différents professionnels et des **routines du quotidien** des résidents (recueil des besoins sur le contenu de l'outil).

Avant sa diffusion, le questionnaire a été **pré-validé** auprès de différents professionnels sur la structure, et a été modifié et enrichi dans son contenu et sa mise en page en fonction de leurs retours. Le questionnaire a été diffusé au format papier.

2. EVALUATION DES RESIDENTS

La seconde étape est la mise en place de la **démarche d'évaluation des résidents**. L'objectif est ainsi de vérifier notre **critère d'inclusion**, qui est l'accès au symbolisme.

2.1 MATERIEL / METHODE

Pour ce faire, nous avons utilisé la **grille d'évaluation des capacités de communication** de Crunelle (2018), grille validée. La condition de validation pour définir l'accès au symbolisme est l'atteinte du Niveau d'Evolution de la Communication (NEC) 5 (Crunelle, 2018). L'objectif de nos outils étant de renforcer la réception de la communication dans un premier temps (cf tableau « cahier des charges de l'outil » p.37-38), nous avons donc fixé **l'atteinte du NEC 5 en réception** comme critère. Cette grille est conçue pour être remplie par « l'ensemble des aidants » (Crunelle 2018).

Dans leur mémoire, Arpaillage & Debril (2013) évoquent les ressources temporelles et humaines nécessaires à l'évaluation des résidents par le biais de la grille de Crunelle, et le besoin de guidance d'équipe. Le remplissage des grilles s'est donc fait sur les créneaux de réunion d'équipes, sous la coordination de l'éducatrice spécialisée et sous la référence de l'étudiante en orthophonie, présente pour accompagner le remplissage des grilles et éclaircir certaines notions évaluées.

2.2 CRITERES D'INCLUSION

Les résidents de la structure ayant un accès au symbolisme, mesuré par un NEC supérieur ou égal à 5 en réception suite à l'évaluation, sont inclus pour les étapes suivantes du protocole. Pour rappel, la mise en place d'un code alternatif de communication ne peut en effet se faire que si un accès au symbolisme est préexistant.

2.3 CRITERES D'EXCLUSION

Ont été exclus de la démarche d'évaluation les résidents ayant des **troubles visuels** (pour lesquels des supports visuels n'auraient pas été pertinents) ; les résidents ayant un **handicap acquis / des troubles du langage d'origine acquise** (suite à un AVC par exemple), et les résidents ayant un NEC < 5 sur la grille de Crunelle.

3. CREATION DES OUTILS

3.1 CHRONOLOGIE DE L'ELABORATION

3.1.1 Validation interne

Dans une visée de **validation interne**, nous avons recensé dans le tableau ci-dessous les différents outils desquels nous nous sommes inspirés pour créer ceux-ci. Sont précisés pour chaque outil les caractéristiques que nous retenons ou celles que nous modifions pour qu'elles soient adaptées aux caractéristiques de la population des résidents en MAS.

Outil	Caractéristiques	Éléments sélectionnés pour la réalisation des outils	Éléments adaptés pour correspondre à la population de cette étude
Makaton	« Combinaison de la modalité orale de la parole, manuelle du signe, et graphique du symbole » (Grove & Walker 1990)	-la multimodalité (Cataix-Nègre, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Le makaton est un « programme » (Grove & Walker, 1990), avec « un cadre d'enseignement contraignant » (Tytgat, 2014). Nous ne nous sommes donc focalisés que sur le principe de la multimodalité. - Les pictogrammes du makaton sont symboliques et assez difficiles à reconnaître (Charrière, 2007), d'où le choix d'une autre banque de pictogrammes, plus transparents.
Recueil de communication pictographique	-Un recueil spécifique pour chaque profession, car « chaque catégorie d'intervenants communique avec le résident pour des raisons spécifiques en lien avec sa définition de tâche » (Le Dorze, Julien & al 94, cité par Julien 2009)	<ul style="list-style-type: none"> -Le postulat d'outiller les aidants (modélisation de l'OMS, 2001 ; Julien, 2009) -La spécificité de l'outil en fonction de la profession (Julien, 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> -Adaptations aux professions spécifiques de la MAS -Adaptations aux routines du quotidien des résidents, fondement de la communication (Crunelle, 2018) -Réalisation des supports avec les pictogrammes de la banque PCS (Beukelman & Mirenda, 2017).
outils fonctionnels CHESSEP	-Supports fonctionnels informatifs, permettant de ritualiser les pratiques	-Le format d'outils intégrés sur l'environnement et le quotidien de la structure.	-Adaptation de cet outil informatif en outil de CAA pour les temps de repas et toilette / habillage.
Fiches de dialogues	« Scénarios imagés discutés autour d'une conversation ou dialogue ritualisé » (Cataix-Nègre, 2013)	-Le postulat de renforcer le versant réceptif de la communication dans l'optique d'agir sur l'expression à terme (Cataix-Nègre, 2013)	-Adaptation de ces supports aux caractéristiques de la MAS pour les soins médicaux, les loisirs et les ateliers rééducatifs.

Tableau 1: Outils et méthodes ayant servi à l'élaboration des outils proposés

3.1.2 Elaboration du cahier des charges

Ensuite, un **cahier des charges** a été constitué, à partir de critères issus de la littérature, ainsi que des critères cliniques issus de nos observations sur le terrain ou recueillis auprès des professionnels par le biais du questionnaire. (cf tableau n°3 ci-dessous : « cahier des charges de l'élaboration des outils »).

3.1.3 Individualisation des supports et pré-validation par les aidants professionnels

Un premier **prototype** des outils a ainsi été élaboré à partir de tous ces critères. Il a été soumis à un groupe de réflexion comprenant différents professionnels de la structure, afin de recueillir leurs avis et retours avant leur diffusion et utilisation expérimentale desdits outils. L'objectif de la soumission des prototypes à ces professionnels était également de permettre l'individualisation / personnalisation des supports par résident ou par groupe de vie.

Dans l'optique d'une démarche environnementale, nous avons également mis en place une **information** à destination de tout l'environnement humain de la structure. En effet, les formations sont un prérequis important (comme vu en partie théorique), et correspondent également à une demande de la part des professionnels dans les résultats du questionnaire initial. L'objectif premier de ce mémoire n'étant pas la formation, nous avons proposé une information initiale à l'oral ainsi que des ateliers pratiques pour découvrir les outils le jour de leur remise aux professionnels.

Les **outils ont ensuite été diffusés** sur les différents lieux associés aux routines des résidents ou aux pratiques des intervenants. Concernant la **durée** de la période d'utilisation expérimentale, l'utilisation du plan de communication (Généreux & al, 2004) était fixé à huit semaines, et dans leur mémoire Mollier Dechance & Leroy Maillard (2013), concluent en disant que huit semaines n'est pas une durée suffisante pour favoriser l'appropriation des outils par les soignants. Ainsi, nous avons fixé la durée à **douze semaines**.

Pendant cette période, un soutien et un **accompagnement** à la mise en place sont proposés à tous les professionnels, sous la forme de créneaux hebdomadaires.

		Critères	Objectifs	Moyens déployés dans l'étude
En lien avec l'environnement physique (outil)	Critères issus des recherches bibliographiques	Multimodal (Charrière, 2007 ; Cataix-Nègre, 2017)	-Instaurer le « parler trilingue » (Cataix-Nègre, 2017)	Support visuel + parole + signes issus du makaton : - supports visuels avec pictogrammes - signe : ateliers apprentissage & révisions
		Spécifique (Julien, 2009)	Que chaque soignant puisse communiquer alternativement en lien avec son intervention spécifique auprès des résidents.	- Outils proposés à chaque professionnel avec proposition de vocabulaire personnalisé selon sa profession
		Accessible (Cataix-Nègre, 2017 ; Crunelle, 2018)	Accessibilité spatiale - Support accessible sur le lieu où il est nécessaire - Eviter contraintes liées aux déplacements pour récupérer et utiliser l'outil.	- Supports spécifiques aux routines - Supports intégrés sur les lieux des différentes routines ou pratiques
			Accessibilité temporelle ¹ - Ne pas demander de temps supplémentaire <i>(l'idée est de renforcer un discours déjà existant par d'autres modalités)</i> Il s'agit d'induire une approche qualitativement différente de la communication.	- Sélection de vocabulaire écologique, en lien direct avec le quotidien des résidents ET des professionnels (but : favoriser investissement) - Supports intégrés sur les lieux des différentes routines ou pratiques
		Individualisé (Charrière, 2007 ; Crunelle, 2009)	Individualisation du fond et de la forme	-fond : pictogrammes en lien avec les possibilités et intérêts spécifiques de chaque résident -forme : ergonomie adaptée (lien avec les ergothérapeutes), disposition en fonction du côté dominant pour favoriser un éventuel pointage (désignation item)
		Favoriser le versant réceptif de la communication en premier lieu (Cataix-Nègre, 2017)	Renforcer le versant réceptif de la communication dans l'optique d'agir sur l'expression à terme.	- Support visuel que l'on désigne en même temps que l'on parle pour renforcer la compréhension du message.
		Prêt à l'emploi	« Le soignant doit se sentir compétent immédiatement , en confiance avec l'outil » (Volpato, Orton & Blackburn, 1986, cités par Grove & Walker, 1990)	- Support fonctionnel directement utilisable - Pour chaque professionnel : un porte-clefs reprenant toute la sélection proposée, avec les pictogrammes correspondant au recto et les signes

¹ L'accessibilité est décrite dans la littérature en termes d'accessibilité spatiale. Nous avons décliné ce critère en accessibilité temporelle en lien avec les attentes des professionnels de la structure.

		Critères	Objectifs	Moyens déployés dans l'étude
				au verso.
	Critères cliniques (issus des résultats du questionnaire)	Simplicité	Que l'outil soit utilisable en autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Information en amont de l'utilisation expérimentale (information générale sur la communication et ses troubles à partir des profils des résidents, ateliers pratiques pour utiliser les outils, accompagnement à la mise en place, aide à la demande) - Accompagnement hebdomadaire pour favoriser l'appropriation des supports - Sélection réduite / limitée et fonctionnelle de vocabulaire pour chaque profession
En lien avec l'environnement humain (écosystème professionnel)	Critères issus des recherches théoriques	A destination des aidants	Fournir aux aidants les moyens de communiquer autrement (Julien, 2009, en lien avec la modélisation du handicap de l'OMS)	<ul style="list-style-type: none"> - Information (modélisation), ateliers LSF - Support à destination des résidents par le biais de leurs aidants
		Trans-disciplinaire (Crunelle, 2018)	Impliquer tous les soignants, quelle que soit leur profession.	<ul style="list-style-type: none"> - Projet transdisciplinaire impliquant tous les soignants - Support pour chaque catégorie de professionnels
		Ecologique	Utilisation en situation « hors du bureau de l'orthophoniste, en interactions réelles, dans le quotidien. » (Bryen & Joyece 1986, Willems et al 1982 cités par Grove & Walker 1990 ; Cataix-Nègre, 2017).	<ul style="list-style-type: none"> - Outils circonstanciés, associés aux routines, aux lieux, aux professions
	Critères cliniques (issus des résultats du questionnaire)	Environnemental (OMS, 2001, Julien, 2009)	Impliquer tout l'environnement humain de la structure dans la mise en place de la CAA (que cette approche soit réellement environnementale).	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des professionnels ayant une intervention directe auprès des résidents (professionnels du quotidien, du médical, rééducateurs) ET des professionnels ayant une intervention indirecte auprès des résidents (professionnels de la logistique, de l'administration).

Tableau 2: Cahier des charges de l'élaboration des outils

3.2 MATERIEL

3.2.1 Banque de pictogrammes & logiciel

Parmi les différentes banques de pictogrammes, nous avons opté pour **Picture Communication Symbols** (PCS), dont les pictogrammes sont « plus transparents et faciles à apprendre » (Beukelman & Mirenda, 2017). Les outils ont été réalisés à l'aide du logiciel PhotoFiltre Studio X.

3.2.2 Contenu & forme

Le contenu des différents outils proposés a été élaboré en fonction des réponses aux questions « A propos du contenu de l'outil » du questionnaire initial. Ces questions avaient pour but de recueillir les attentes des différents professionnels concernant le fond de leur(s) outil(s). (cf partie IV.1 résultats du questionnaire initial). Le format des outils proposé découle lui aussi des réponses au questionnaire initial (cf partie « A propos de la forme de l'outil ») où deux propositions ont été faites aux différents professionnels.

4. QUESTIONNAIRE POST-UTILISATION DES OUTILS : ÉVALUATION DE LA FAISABILITE

La dernière étape du protocole établi est le **questionnaire post-utilisation** des outils. Il est destiné à l'ensemble des professionnels, toutes professions confondues, **ayant utilisé un outil de communication** sur la période expérimentale.

4.1 OBJECTIFS

Ce questionnaire s'adresse à toutes les catégories professionnelles retrouvées sur la structure. La nuance, contrairement au premier questionnaire, est qu'il s'adresse cette fois-ci exclusivement aux **professionnels ayant eu et utilisé un outil de communication**.

Le but de ce second questionnaire est en effet d'évaluer différents critères des outils suite à leur utilisation, de valider les hypothèses émises, et in fine de répondre à la problématique : Dans quelle mesure la mise en place d'outils de CAA impliquant tout l'écosystème professionnel est-elle faisable au sein d'une MAS ?

4.2 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Ce second questionnaire a été élaboré selon la même trame que le questionnaire initial. Là où le questionnaire initial recueillait les besoins et attentes, ce questionnaire ci a pour but d'évaluer les propositions faites aux professionnels. Ce questionnaire a également été pré-testé auprès de différents professionnels de la structure puis diffusé au format papier.

V. RESULTATS

Dans cette partie, nous distinguons deux catégories de résultats : les **résultats obtenus aux différentes étapes du protocole** expérimental (questionnaire initial, évaluation des résidents, réalisation des outils, questionnaire post-utilisation des outils) et les **résultats des critères de jugement** choisis pour la validation de nos hypothèses.

1. RESULTATS DES DIFFERENTES ETAPES DU PROTOCOLE

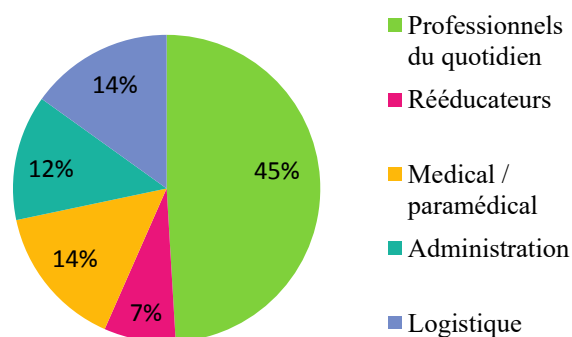
1.1 QUESTIONNAIRE INITIAL

Les résultats sont ici présentés succinctement, le compte-rendu complet du questionnaire est disponible en annexe (cf Annexe 4).

1.1.1 Présentation de l'échantillon

72,5% des professionnels disponibles au moment de l'enquête (n=58/80) y ont répondu. Ce **questionnaire initial** diffusé sur la structure a permis de spécifier les caractéristiques de la population professionnelle.

Deux catégories professionnelles sont retrouvées : les professionnels ayant une **intervention directe auprès des résidents** (professionnels du quotidien, du médical / paramédical, rééducateurs, n=34/44), et les professionnels ayant une **intervention indirecte** auprès des résidents (professionnels de la logistique et de l'administration, qui sont amenés à rencontrer les résidents de façon informelle) (n=10/44).



Parmi les répondants à l'enquête se trouve une majorité de professionnels du quotidien (45%) : aide-soignant.e (AS), accompagnant.e éducatif et social (AES), et éducateur.trice spécialisé.e.

Graphique 1 : Représentation graphique des différentes catégories professionnelles de répondants (n=58)

Concernant le **type de contrat**, la majorité des professionnels (n=45/58) est titulaire d'un Contrat à Durée Indéterminée (CDI). De plus, la plupart des professionnels (n=33/48), toutes professions confondues, sont à **temps plein** sur la structure.

Quant à **l'ancienneté** sur la structure, la moitié des professionnels (n=28/58) sont présents depuis plus de dix ans dans l'établissement.

1.1.2 Principaux résultats de l'étude

a) Communication avec le résident

93% des professionnels (n=54/58) sont d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que les résidents présentent des difficultés de communication.

Degré d'adhésion	Nb	%
Tout à fait d'accord	31	53
D'accord	23	40
Ni en désaccord ni d'accord	4	7
Pas d'accord	0	0
Pas du tout d'accord	0	0
Total répondants	58	100

Tableau 3 : Répartition du nombre de répondants à la question « Les résidents présentent des difficultés de communication. » (n=58).

Pour **69%** (n=36/52) des professionnels, ces difficultés interfèrent avec leur pratique. De plus, **61%** (n=34/56) des professionnels ne se sentent pas équipés pour communiquer avec les résidents. Enfin, de l'aide pour communiquer autrement avec les résidents serait utile pour **82%** d'entre eux (n=45/55).

b) Communication alternative

84% des professionnels (n=48/57) ne se sentent pas formés sur la communication :

Degré d'adhésion	Nb	%
Tout à fait	0	0
Plutôt	7	12
Plutôt pas	25	44
Pas du tout	23	40
Ne se prononce pas	2	4
Total répondants	57	100

Tableau 4 : Répartition du nombre de répondants à la question « Vous sentez-vous suffisamment formé.e sur la communication et ses troubles ? » (n=57)

La communication alternative est méconnue par **78%** des professionnels (n=45/58).

Toutefois, **81%** des répondants (n=42/52) sont tout à fait d'accord ou d'accord pour contribuer au développement de méthodes alternatives sur la structure. La **formation et**

l'accompagnement sont les attentes majeures des professionnels dans l'instauration de ce type d'approche sur la structure.

c) Contenu & forme des outils

Deux types de vocabulaire sont ressortis dans l'analyse du questionnaire : d'une part **un vocabulaire spécifique** aux différentes professions (mots du quotidien pour les professionnels du quotidien, vocabulaire lié aux soins pour les professionnels médicaux, formules de politesse pour les professionnels de l'administration et de la logistique etc.) ; d'autre part **un vocabulaire transversal**, commun à l'ensemble des professionnels (émotions / douleur, rassurer, entrer en relation, orientation (temps, espace...) et transversal à toutes les situations du quotidien.

Concernant la forme des outils, **65%** des professionnels du quotidien (n=17/26) ont opté pour les **outils fonctionnels** (sets de table...). Les autres professionnels ont opté pour les fiches de dialogue. (Cf partie V, 1.3.1 « outils effectivement réalisés ».)

1.2. EVALUATION DES RESIDENTS

Pour ce qui est de **l'évaluation de la communication** des résidents, 14 résidents ont été inclus en raison de leur accès au symbolisme (NEC supérieur ou égal à 5 en réception sur la grille de Crunelle). Voici la répartition de l'ensemble des résidents suite à l'évaluation :

Statut des résidents	Critères	Nb	%
Résidents exclus	Handicap acquis	5	9
	Troubles visuels	10	17
	NEC < 5	29	50
Résidents inclus	NEC > 5	14	24
Total	-	58	100

Tableau 5 : Répartition des résidents suite à l'évaluation du critère d'inclusion (n=58)

1.3. CREATION DES OUTILS & UTILISATION EXPERIMENTALE

1.3.1 Outils effectivement réalisés

a) Pour tous les professionnels : le « kit de base »

Le « kit de base » a pris la forme d'un porte-clefs remis à chaque professionnel, comprenant différents pictogrammes avec l'image de la réalisation du signe à son verso. L'objectif principal de ce porte-clefs est de soutenir la multimodalité en favorisant l'apprentissage des signes, tout en fournissant un support visuel à destination des résidents, disponible en toutes circonstances (en lien avec le critère d'accessibilité spatiale). Pour ce faire, son format lui permet d'être glissé dans la poche de la blouse des professionnels.

Les deux types de vocabulaire (transversal et spécifique) ressortant des résultats du questionnaire initial y sont rassemblés. Pour le **vocabulaire transversal**, un onglet le regroupe sur le porte-clefs de chaque professionnel, toutes professions confondues. Quant au **vocabulaire spécifique**, différentes extensions ont été proposées en fonction des catégories professionnelles, pour répondre au postulat d'outiller les aidants de façon spécifique (Julien, 2009) et à la demande des professionnels. Par exemple, les médecins ont eu des onglets avec le type de douleur, sa localisation, les divers traitements. Les professionnels du quotidien ont eu des onglets concernant les différentes routines du quotidien, etc. (cf Annexe 5).

Pour tous les **outils qui vont suivre**, une trame commune à l'ensemble des supports a été réalisée à partir du vocabulaire transversal proposé sur le kit de base. L'objectif est de soutenir la ritualisation des pratiques autour de la communication (Crunelle, 2018) et de permettre un meilleur repérage et investissement des supports par les professionnels et les résidents. Tous les supports visuels (hors kit de base) comprennent donc deux bandes de vocabulaire transversal : l'une en bas de l'outil comprenant des pictogrammes pour les émotions, la douleur ; l'autre sur le côté droit comprenant des verbes et adverbes de temps (cf Annexe 6.)

b) Pour les professionnels du quotidien : les outils fonctionnels intégrés aux routines des résidents

- Réalisation de 14 **sets de tables** pour les repas (petit déjeuner, déjeuner / dîner)

-Réalisation de 14 **supports autour de la toilette**, à destination des salles de bain des résidents.

-Réalisation de 4 **tableaux pour les loisirs**, à destination des salles de vie respectives des quatre groupes de la structure.

Pour rappel, ces différents supports ont été préalablement individualisés en fonction des résidents (capacités visuo-motrices et intérêts) lors de leur présentation au groupe de réflexion.

c) Pour les professionnels du médical : tableau pour les soins

Réalisation d'un panneau médical affiché à l'infirmerie comprenant les types de douleurs, la localisation de la douleur et la réponse médicale apportée.

d) Pour les rééducateurs : tableau pour un atelier rééducatif

Réalisation d'un panneau pour un atelier rééducatif animé de façon hebdomadaire par les rééducateurs. Il comprend des items sur les activités menées et les notions travaillées lors de cet atelier.

1.3.2 Suivi de la mise en place

Proposition de créneaux **d'accompagnement** hebdomadaires à tous les professionnels ayant une intervention directe auprès des résidents. Ces créneaux étaient spécifiques par profession et par équipe (pour les professionnels du quotidien).

1.4. QUESTIONNAIRE POST-UTILISATION EXPERIMENTALE

1.4.1 Population

76% des professionnels ayant bénéficié d'un outil de communication (n=44/58) ont participé à ce questionnaire.

Les catégories professionnelles sont réparties comme indiqué sur la figure suivante :

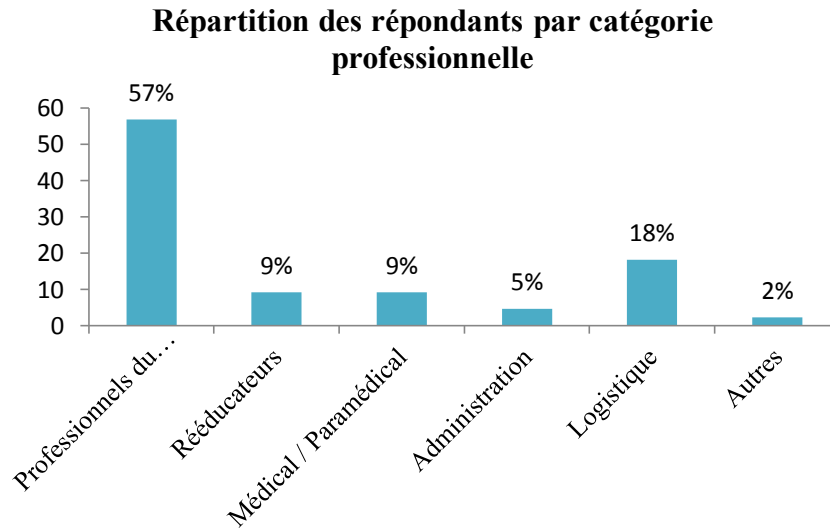


Figure 2: Représentation graphique de la répartition des répondants par catégorie professionnelle (n=44)

Parmi cet échantillon professionnel, **89%** d'entre eux (n=39/44) étaient présents au moment du remplissage du questionnaire initial et y ont participé.

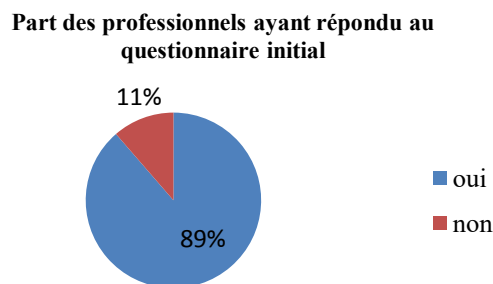


Figure 3: Représentation graphique des répondants en fonction de leur participation au questionnaire initial (n=44)

1.4.2 Les outils : avantages, inconvénients, utilisation

Les réponses aux questions ouvertes concernant les outils ont mis en évidence les avantages et inconvénients généraux des outils. Sur la forme générale des supports, les professionnels ont apprécié leur plastification, leur positionnement « stratégique » ainsi que leur intuitivité (lisibilité des supports visuels).

Les réponses obtenues aux questions 24 et 25 du questionnaire (concernant les outils le plus et le moins utilisés par les professionnels du quotidien) ont permis de relever les avantages et inconvénients de chaque support, que voici :

a) Kits de base

Le kit de base est l'un des supports les plus utilisés, **63%** des répondants (n=15/24) considèrent qu'il s'agit du support qu'ils ont le plus utilisé (soit *ex-aequo* avec le set de table midi / soir.)

Avantages	Limites
- Possibilité de l'avoir sur soi en permanence dans la poche de sa blouse - Intérêt des intercalaires : tri des pictogrammes par thématiques ; accès facilité	- Quelques professionnels le trouvent trop encombrant pour le garder dans leur poche

b) Sets de table midi / soir

Les sets de tables, dans leur version midi / soir, sont plébiscités par **63%** des répondants (n=15/24).

Avantages	Limites
- Transportable facilement - Intuitif - Midi = meilleur moment (plus d'effectif donc professionnels plus disponibles)	- Taille un peu juste pour les résidents mangeant sur un plateau - Pas pratique avec les résidents qui ont des difficultés à s'alimenter (gestes peu précis, éparpillement de la nourriture) et nécessitent une grande serviette qui couvre le set.

Il est à noter que la déclinaison du set de table pour le petit déjeuner (version matin) est l'un des supports les moins plébiscités, puisque **43%** des répondants (n=9/21) considèrent qu'il fait partie des supports qu'ils ont le moins utilisé.

c) Support pour la toilette

Le panneau affiché dans la salle de bain pour la routine toilette / habillage est plébiscité par **50%** des répondants (n=12/24).

Avantages	Limites
- Format pratique : déjà en place, directement à portée de main - Relation duelle avec le résident, moment de disponibilité plus importante des professionnels	Pas de limite évoquée dans le questionnaire.

d) Panneau loisirs

Le panneau loisirs est le support le moins utilisé pour **71%** des répondants (n=15/21).

Avantages	Limites
Pas d'avantage évoqué dans le questionnaire.	- Placement moins stratégique - Plus difficile d'y penser

2. RESULTATS DES CRITERES DE JUGEMENT : VALIDATION DES HYPOTHESES

2.1 Hypothèse principale : Hypothèse 1

Pour rappel, l'**hypothèse principale** est que la mise en place d'outils de CAA dans une approche environnementale, à destination des résidents d'une MAS ayant accès au symbolisme et de leur écosystème professionnel, est faisable.

Le **critère de jugement** choisi pour la valider est l'auto-évaluation des professionnels de leur recours aux supports CAA dans leurs interactions sur la durée expérimentale. L'outil de mesure de ces critères est le questionnaire post-intervention. Nous fixons la **condition de validation** à la majorité, soit > 50% de d'adhésion sur les questions concernées.

88% des professionnels (n=37/42) ayant utilisé un outil sur la période expérimentale sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec le fait d'avoir réussi à associer deux modalités dans leurs interactions avec les résidents.

Degré d'adhésion	Nb	%
Tout à fait d'accord	24	57
D'accord	13	31
Pas d'accord	3	7
Pas du tout d'accord	2	5
Total répondants	42	100

Tableau 6: Répartition des répondants à la question "Depuis le lancement des outils de communication, vous êtes parvenu.e à associer 2 modalités dans vos interactions avec les résidents (parole + signe ou parole + désignation de pictos)" (n=42)

Dans les éléments ayant facilité l'utilisation de deux modalités lors de la durée du protocole sont retrouvés les créneaux d'accompagnement et la répétition (signes), le fait que les supports soient associés à une routine ou à un lieu, l'émulation institutionnelle et la réceptivité de certains résidents.

Pour les personnes n'ayant pas associé deux modalités lors du protocole, les raisons évoquées sont le manque de temps, le manque de contact avec les résidents (professionnels de l'administration) et la difficulté à se détacher de la modalité verbale.

Le pourcentage de professionnels ayant un degré d'adhésion positif (tout à fait d'accord ou d'accord) est supérieur à 50%, l'hypothèse principale est donc validée.

2.2 Hypothèses secondaires : les outils

a) Hypothèse sur l'accessibilité des outils (hypothèse 2)

Pour rappel, nous proposons un critère d'accessibilité des outils décliné en deux variantes : l'accessibilité spatiale et l'accessibilité temporelle.

Nos critères de jugement sont ainsi pour cette hypothèse le degré d'adhésion sur la praticité des outils (pour l'accessibilité spatiale) et l'estimation du temps supplémentaire lié à l'utilisation de l'outil (pour l'accessibilité temporelle). Plus précisément, nous validerons cette hypothèse si plus de la moitié des professionnels ont un degré d'adhésion positif sur la praticité de l'outil, et si plus de la moitié des utilisateurs considèrent que l'outil ne leur a pas demandé de temps supplémentaire.

En ce qui concerne **l'accessibilité spatiale** des outils, 90% des professionnels (n=37/41) sont tout à fait d'accord ou d'accord avec le fait que le format des outils était pratique, et les rendait disponibles (critère d'accessibilité spatiale).

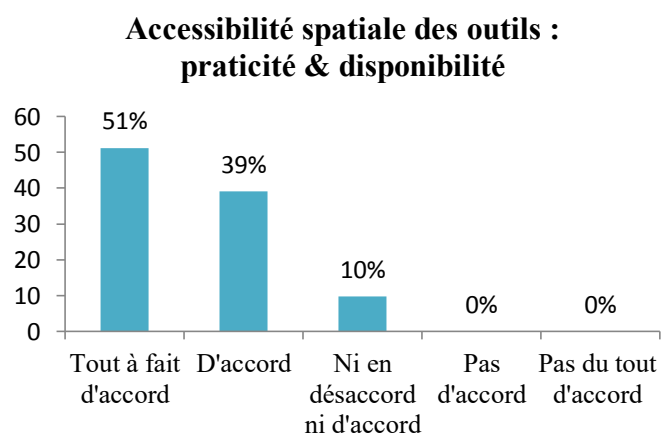


Figure 4: Représentation graphique des répondants à la question : "Dans leur format, les supports proposés étaient pratiques et disponibles." (n=41)

L'hypothèse secondaire concernant l'accessibilité spatiale des outils, à savoir que leur format les rend accessibles, est donc validée.

Quant à **l'accessibilité temporelle**, **29%** (n=11/41) des professionnels trouvent que l'utilisation de signes et / ou pictogrammes en plus de la parole ne demande pas de temps supplémentaire dans l'interaction avec les résidents.

Degré d'adhésion	nb	%
Tout à fait d'accord	5	12
D'accord	21	51
Ni en désaccord ni d'accord	3	7
Pas d'accord	9	22
Pas du tout d'accord	3	7
Total	41	100

Tableau 7 : Répartition des répondants à la question "L'utilisation de signes et / ou pictogrammes dans l'interaction avec les résidents demande du temps supplémentaire."

Cette hypothèse n'est donc pas validée, puisque 29% ne nous permettent pas de conclure à une accessibilité temporelle des outils satisfaisante.

b) Hypothèse sur l'écologie des outils (hypothèse 3)

Ici, le critère de jugement est le degré d'adhésion des différents professionnels sur le contenu des outils et son adéquation à leur pratique et aux besoins des résidents.

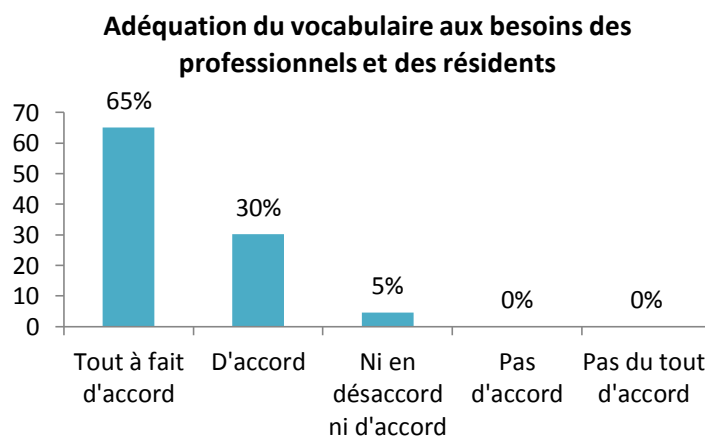


Figure 5: Représentation graphique de la répartition des répondants à la question "Le vocabulaire proposé correspondait à vos besoins et à ceux des résidents." (n=43)

95% des professionnels (n=41/43) sont tout à fait d'accord ou d'accord avec l'adéquation du vocabulaire proposé à leurs besoins et à ceux du résident.

Cette hypothèse est donc validée. En ce sens, les outils proposés sont donc écologiques dans leur contenu.

c) Hypothèses sur l'importance de l'accompagnement dans la mise en place des outils (hypothèse 4)

Pour cette dernière hypothèse, le critère de jugement concerne l'utilité et les apports de l'information initiale proposée et des créneaux d'accompagnement hebdomadaires.

96% des répondants (n=27/28) considèrent que l'information initiale leur a permis de comprendre les outils et la démarche dans laquelle ils s'inscrivent.

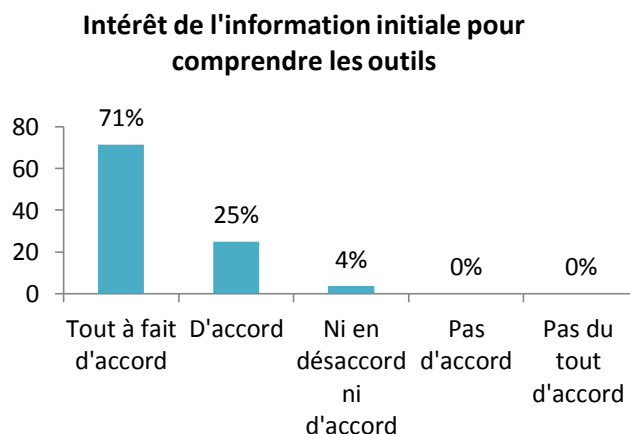


Figure 6: Représentation graphique des répondants à la question : "L'information vous a-t-elle permis de comprendre l'intérêt des outils proposés ?" (n=28)

Ils sont également **93%** (n=26/28) à être « tout à fait d'accord » ou « d'accord » avec le fait que l'information leur ait permis de comprendre l'intérêt de la multimodalité (caractéristique majeure des outils proposés).

Quant à l'accompagnement, **84%** des répondants en ayant bénéficié (n=26/31) sont tout à fait d'accord ou d'accord avec le fait que ces créneaux leur ont permis de s'approprier leurs outils et de gagner en confiance dans leur utilisation.

Degré d'adhésion	nb	%
Tout à fait d'accord	22	71
D'accord	4	13
Ni en désaccord ni d'accord	3	10
Pas d'accord	1	3
Pas du tout d'accord	1	3
total	31	100

Tableau 8: Répartition des répondants à la question : "Ces créneaux vous ont-ils permis de vous approprier vos outils et de gagner en confiance dans leur utilisation ? » (n=31)

Parmi les apports de l'accompagnement, les professionnels citent majoritairement la possibilité de s'imprégner des signes, d'obtenir de nouvelles connaissances (outils, utilisation avec les résidents).

Cette hypothèse est donc validée, les outils sont indissociables d'une information et d'un accompagnement pour favoriser leur appropriation.

2.3 Conclusion des résultats

Au vu des conditions de validation préalablement définies pour cette étude (> 50% d'adhésion pour chaque critère), les résultats sont donc en faveur d'une faisabilité de la mise en place de ces outils.

Parallèlement, le critère d'écologie et d'accessibilité spatiale des outils, critères majeurs du cahier des charges, sont largement validés par les professionnels de la structure. Le critère d'accessibilité temporelle n'est en revanche pas validé.

VI. DISCUSSION

1. DISCUSSION DE LA FAISABILITE (HYPOTHESE PRINCIPALE)

Dans quelle mesure la mise en place d'outils de CAA impliquant tout l'écosystème professionnel est-elle faisable au sein d'une MAS ?

Au terme de cette étude et à l'échelle de cette structure, la problématique pourrait être précisée ainsi : dans quelle mesure la mise en place d'outils de CAA à destination de résidents en MAS n'en ayant jamais bénéficié et de professionnels n'en ayant aucune connaissance, est-elle faisable ?

Au regard du critère de jugement principal choisi pour valider la faisabilité, à savoir l'auto-évaluation des professionnels de leur recours aux supports CAA dans leurs interactions sur la durée expérimentale, l'outillage des professionnels d'une MAS d'outils de CAA s'avère **faisable**.

Pour Corriveau & al (2012), le but de l'étude de faisabilité est de déterminer les leviers et les freins à la faisabilité du projet mis en place. Dans cette optique, voici ceux que nous relevons, issus des questionnaires ou de nos constats cliniques lors des accompagnements des professionnels dans les différentes étapes de ce projet.

1.1 LEVIERS A LA FAISABILITE DU PROTOCOLE

1.1.2 Du point de vue des utilisateurs

Concernant les différentes **propositions du protocole**, l'information initiale et l'accompagnement par les professionnels ont été deux facteurs clefs de la faisabilité. Les résultats du questionnaire post-protocole révèlent que les créneaux d'accompagnement (plébiscités à **84%** (n=26/31)) ont notamment facilité le recours aux supports CAA pendant la durée du protocole, et ont permis aux professionnels d'entrer progressivement dans l'aspect alternatif de la CAA. L'émulation institutionnelle est également un levier cité par les professionnels, et a favorisé l'implication de l'ensemble des professionnels dans le projet.

Concernant les **outils**, leur conception en partenariat avec les professionnels a permis leur pleine adéquation aux pratiques professionnelles et aux besoins des résidents. Leur format accessible contribue à leur simplicité d'usage, et leur association à une routine du quotidien ou à un lieu spécifique les place au cœur des pratiques. Ces différents éléments ont donc favorisé l'utilisation des différents supports.

Un autre facteur ayant grandement soutenu la participation des professionnels a été l'appropriation particulière des supports par certains résidents. En effet, elle a eu un impact direct sur la motivation des professionnels. Et la motivation du personnel étant d'une importance capitale dans le développement de la CAA (Chambers & Rehfeldt, 2003), l'appropriation des supports par les résidents est donc un levier supplémentaire pour la faisabilité.

1.1.2 Du point de vue orthophonique

Différents facteurs ont contribué positivement à la mise en place de cette démarche sur la structure. Premièrement, la cohérence institutionnelle s'est faite, puisque toutes les catégories professionnelles de la structure y ont participé. Ensuite, notre étude a eu la chance de pouvoir s'inscrire dans le projet d'établissement de la structure, qui intégrait cette année-là un axe sur la communication, dans lequel s'est inscrite cette étude, qui a donc été portée également par la direction de l'établissement. C'est pour cela par exemple que l'information initiale sur la communication a pu se faire sur un créneau de réunion institutionnelle, créneau qui touche le plus de professionnels. Ainsi, la cohérence institutionnelle est progressivement devenue dynamique institutionnelle partagée par l'ensemble des professionnels.

Un autre gage de faisabilité, à l'échelle de cette structure, a été le fait d'être présent sur la structure le jour où avaient lieu les réunions cliniques. Ces réunions sont le seul créneau réunissant la quasi-totalité des professionnels d'une même équipe, et sont donc la meilleure opportunité qui soit pour faire passer un message à l'ensemble de l'équipe. Ils étaient donc nos créneaux de prédilection pour l'accompagnement dès qu'il était possible de s'y greffer.

1.2 FREINS A LA FAISABILITE

1.2.1 Du point de vue des utilisateurs

Plusieurs facteurs limitent l'utilisation de la CAA par les professionnels. Comme cela a déjà pu être décrit par Cataix-Nègre (2007), le frein majeur qui transparaît à la fois dans le questionnaire et tout au long de l'accompagnement reste la difficulté à intégrer et automatiser l'utilisation de la CAA au quotidien. Les autres freins relevés sont le temps nécessaire pour s'approprier les outils, pour les utiliser et le temps en général, notamment pour les professionnels du quotidien, parfois entravés par la prise en charge des besoins primaires des résidents.

1.2.2 Du point de vue orthophonique

D'un point de vue orthophonique, d'autres facteurs ont été à prendre en compte et à concilier pour assurer le bon déroulement du protocole. En effet, de nombreux facteurs institutionnels ont pu impacter le déroulement et la régularité des créneaux d'accompagnement. Par exemple, pour l'un des groupes de vie, seulement six créneaux d'accompagnement ont pu avoir lieu sur les douze semaines (pour cause de manque de personnel et de manque de disponibilité des professionnels restants notamment). De plus, assurer la régularité hebdomadaire de ces créneaux a demandé une flexibilité certaine dans notre organisation (lorsque des réunions étaient programmées sur ces créneaux par exemple).

En dehors du cadre de ce mémoire, il aurait été difficile avec le temps d'orthophonie dédié au sein de cette structure, de concilier à la fois les contraintes horaires d'accompagnement à celles des rééducations individuelles, bilans et réunions.

Ainsi, l'investissement temporel est un frein commun aux professionnels participant à la mise en place, et à ceux qui l'organisent et la coordonnent.

1.3 REMARQUES SUR L'INTEGRATION DE L'ENSEMBLE DE L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

Pour que le terme *environnemental* prenne tous son sens, nous avons choisi d'intégrer dès le début du projet les professionnels ayant une intervention indirecte auprès des résidents. Ces professionnels n'étaient *a priori* pas les plus concernés par ce projet, puisque moins en contact et en situation d'échange avec les résidents. Or, les résultats du questionnaire post-utilisation expérimentale des outils révèlent que ces professionnels représentent **23%** (n=10/44) des participants au projet. D'un point de vue clinique, leur participation a été une plus-value ayant permis d'élargir à la fois le regard de certains professionnels sur les résidents, en apportant une vision plus extérieure à celle des professionnels du quotidien ; d'autre part en fournissant aux résidents d'autres lieux que leurs lieux quotidiens pour communiquer alternativement.

En revanche, l'accompagnement des professionnels ayant une intervention directe et ceux ayant une intervention indirecte est à envisager de deux façons distinctes en premier lieu. En effet, ces deux groupes de professionnels se distinguent sur le plan logistique par leurs contraintes horaires différentes, et sur le plan de la communication par leurs besoins spécifiques (davantage d'attentes sur le vocabulaire de base de l'interaction pour les professionnels ayant une intervention indirecte par exemple). A l'échelle de cette étude, leurs accompagnements ont dû être distingués pour des raisons extérieures à notre volonté, et ce

dès le début du protocole. Par exemple, les professionnels de la logistique n'ont pas pu être présents à l'information sur la communication donnée lors d'une réunion institutionnelle. Nous leur avons donc proposé des ateliers pratiques initiaux en leur remettant leur kit de base, et des créneaux d'accompagnement plus ponctuels à la mesure des possibilités de ceux qui se rendaient disponibles pour cela.

Une autre catégorie de professionnels que nous ne sommes pas parvenus à rencontrer est celle des professionnels de nuit, et ce malgré leur demande. Là encore, des contraintes logistiques et horaires n'ont pas permis la mise en place d'un atelier pratique initial (comme pour les professionnels n'ayant pas assisté à l'information initiale le jour de la remise des outils) ni d'un accompagnement. La demande étant présente, les besoins aussi, une nouvelle forme d'accompagnement serait à imaginer (possibilités de création de supports vidéos si la rencontre physique s'avère impossible).

En résumé, l'intégration de l'ensemble de l'environnement humain s'est révélée *a posteriori* extrêmement enrichissante pour les résidents, le lien interprofessionnels et pour la dynamique en place sur la structure. Toutefois, si les outils doivent être spécifiques aux différentes catégories professionnelles, il doit en être de même pour l'accompagnement.

2. DISCUSSION & INTERPRETATION DES HYPOTHESES SECONDAIRES

Toutes les hypothèses formulées, sauf une, sont validées. Ces résultats témoignent de la dynamique institutionnelle qui a progressivement pris place sur la structure.

Hypothèse sur l'accessibilité des outils (hypothèse 2)

La sous-hypothèse concernant **l'accessibilité spatiale** des outils est validée. Les professionnels ont donc trouvé leurs outils pratiques et facilement disponibles. Ce critère **d'accessibilité spatiale** est finalement étroitement lié au critère d'écologie, qui veut que les outils soient utilisés en situations réelles, hors du bureau de l'orthophoniste (Bryen & Joyece, 1986 ; Willems et al, 1982 cités par Grove & Walker 1990 ; Cataix-Nègre, 2017). L'utilisation en situations réelles ne peut se faire qu'avec des outils pratiques et aisément accessibles et inscrits sur les temps clefs du quotidien, dans l'optique d'une utilisation écologique. La satisfaction des professionnels est donc à la fois liée à la praticité d'usage des

outils, pensée pour leur simplifier la tâche, et à cette utilisation au cœur de leur pratique, dans le quotidien.

Il y a toutefois une nuance à apporter pour l'accessibilité spatiale du support loisirs. En effet, il est celui qui a été le moins investi par les professionnels en raison de son placement (support associé à un lieu dans l'espace de vie, choisi par les professionnels, et non pas à une routine) et de la difficulté à y penser.

Quant à la sous-hypothèse relative à l'**accessibilité temporelle**, elle n'a pas pu être validée dans le cadre de notre expérimentation. Nous avons émis l'hypothèse que l'utilisation d'un support alternatif et multimodal ne demanderait pas de temps supplémentaire dans l'interaction, dans la mesure où l'objectif est de renforcer une parole déjà présente. Pour l'expliquer, nous évoquons d'une part la possibilité d'un biais dans la formulation de la question correspondant à ce critère dans le questionnaire. En effet, la question s'y rapportant, à savoir « L'utilisation de signes et / ou pictogrammes demande du temps supplémentaire dans l'interaction avec les résidents » était la seule question appelant un degré d'adhésion négatif pour être validée. Aussi, les résultats sont à relativiser dans une certaine mesure. Une mesure quantitative comme une auto-évaluation quantitative de l'estimation du temps supplémentaire aurait permis une évaluation plus précise et plus réaliste sur ce critère. D'autre part, le temps est un des freins majeurs relevés dans la faisabilité de ce projet. Il est donc logique que ce frein se répercute sur ce critère. Effectivement, la question de la temporalité sous toutes ses formes est une question importante dans la mise en place de la démarche, et le rapport au temps devient complexe dès lors que des facteurs externes l'impactent (roulements dans le personnel par exemple). Nous pensons qu'avec un recours **automatisé** à l'utilisation des supports, la question du temps dans l'interaction sera devenue plus intuitive et donc moins contraignante.

Quoi qu'il en soit, puisque la totalité des répondants au questionnaire post-protocole souhaitent poursuivre leur contribution au développement de la démarche sur la structure, la question de l'accessibilité temporelle ne semble pas être un frein rédhibitoire.

Hypothèse sur l'écologie des outils (hypothèse 3)

Les résultats obtenus à cette hypothèse reflètent en partie la **co-conception des outils** avec les aidants professionnels. En effet, **95%** des professionnels (n=41/43) sont tout à fait d'accord ou d'accord avec l'adéquation du vocabulaire proposé à leurs besoins et à ceux du résident. Or, le contenu des outils avait été préalablement recueilli via le questionnaire initial

auprès des professionnels, et présenté au groupe de travail avant d'être diffusé. Il était donc probable que les professionnels soient satisfaits de la sélection du vocabulaire puisqu'ils y ont contribué.

Quant à l'utilisation des supports, il est intéressant de constater que les supports les plus plébiscités sont ceux liés directement aux routines du quotidien. Le support le moins investi est effectivement celui concernant les loisirs. Au-delà de son accessibilité spatiale moindre (évoquée précédemment), nous émettons l'hypothèse que ce support ne répond pas directement aux besoins primaires des résidents. Ce qui rejoint dans une certaine mesure la description faite de la communication en institution, où les actes de communication spécifiques au cadre institutionnel sont majoritaires (nutrition, soins etc.) (Le Dorze, 1994, Lubinski et al, cités par Le Dorze et al, 2000). Ce résultat fait également écho à l'importance des routines du quotidien décrites par Bruner, pour qui les formats sont fondamentaux dans les processus développementaux typiques. Ces résultats suggèrent que c'est aussi le cas à l'âge adulte et dans le champ du handicap.

De plus, les professionnels ont exprimé lors de divers accompagnements la difficulté à s'appropriier plusieurs supports en même temps. Nous émettons l'hypothèse que les professionnels ont préféré se focaliser sur les supports concernant directement le quotidien des résidents, notamment les repas (routine répétée trois fois par jour, fil rouge de l'organisation de la journée des résidents). Une durée expérimentale supérieure à douze semaines aurait peut-être nuancé ce résultat.

Hypothèse sur l'importance de l'information et de l'accompagnement (hypothèse 4)

Les deux sous-hypothèses regroupant les besoins d'information et d'accompagnement nous ont semblé au départ moins susceptibles d'être validées, puisque ces deux propositions ont demandé un investissement temporel aux professionnels. L'accompagnement faisant partie des attentes des professionnels pour la suite de la démarche, les bénéfices de cette proposition semblent avoir été supérieurs à l'investissement temporel demandé.

Parmi les cinq répondants qui ne sont ni « tout à fait d'accord » ni « d'accord » avec les apports de l'accompagnement, se trouvent quatre professionnels du médical avec lesquels nous ne sommes pas parvenus à trouver un créneau fixe et régulier, et un professionnel du quotidien qui ne travaille pas le jour où avait lieu le créneau d'accompagnement de son équipe. Deux idées peuvent en être dégagées : la première est que l'accompagnement est à individualiser en fonction des spécificités de chaque profession. A l'échelle de cette structure,

la proposition d'un accompagnement hebdomadaire aux professionnels du médical n'a pas été faisable. D'autres modalités spécifiques sont donc à envisager pour ces professionnels. La seconde est que les professionnels qui ont bénéficié d'un accompagnement en sont satisfaits.

Quant au contenu et objectifs de l'accompagnement, force est de constater que nous avons retrouvé et éprouvé les **différents rôles de l'orthophoniste** décrits dans la partie théorique (cf partie I, 3.4.2). En effet, accompagner les professionnels dans l'appropriation de leurs outils, dans la posture d'interlocuteur, dans l'aspect alternatif de la CAA ont été les fondements de ces créneaux. Au terme de ces douze semaines, le rôle d'accompagnement dans la généralisation et l'utilisation quotidienne s'inscrit, davantage que les autres, dans du long terme.

Concernant l'information initiale, elle a marqué une étape cruciale dans la mise en place des supports et dans l'investissement de l'ensemble des professionnels dans le projet (une majorité était présente, hormis les professionnels de la logistique).

3. LIMITES & BIAIS

3.1 BIAIS METHODOLOGIQUES

Malgré une volonté de proposer un travail scientifique rigoureux, certains biais n'ont pu être évités dans la mesure où ils étaient inhérents au cadre de l'étude. Premièrement, le fait que cette étude se base sur une seule et même structure est un biais : d'une part, même si une large proportion des professionnels de la structure y a participé, l'échantillon reste de taille réduite (58 répondants au questionnaire initial, 44 répondants au questionnaire post-protocole) ; d'autre part les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés. D'autres études, menées sur d'autres structures, pourraient évaluer la reproductibilité de cette approche de la CAA en MAS.

Ensuite, la **durée** limitée de l'expérimentation imposée par le calendrier du mémoire biaise également les résultats. En effet, la littérature décrit déjà les difficultés d'appropriation d'outils de CAA par les professionnels (Cataix-Nègre, 2017). Les freins relevés sont finalement attendus au regard de la durée de l'étude. Il serait donc nécessaire de la poursuivre de façon longitudinale, sur une durée bien plus importante que la nôtre, pour évaluer l'utilisation des outils de CAA une fois les contraintes temporelles de mise en place et d'appropriation dépassées.

De plus, notre étude ne se base que sur des **données qualitatives**. Des données quantitatives auraient permis une évaluation plus précise de l'appropriation des outils et de leur utilisation par les professionnels (nombre d'utilisation d'un support par jour par exemple).

Enfin, la population de résidents inclus dans le protocole est **hétérogène**, ce qui constitue un biais supplémentaire. En effet, les handicaps congénitaux des résidents ont des étiologies diverses. Ainsi les profils cognitif, moteur et communicationnel varient d'un résident à l'autre.

3.2 RETOURS CLINIQUES SUR LE PROTOCOLE

Notre regard et nos objectifs sur ce protocole ont évolué au fil du projet.

Une première évolution concerne **l'intérêt des différentes étapes** du protocole. Initialement, nous pensions par exemple que le questionnaire initial ne servirait « que » de recueil des besoins dans le but de concevoir les outils. Or, ce questionnaire s'est avéré indispensable puisqu'il a permis d'initier une réflexion et une prise de conscience des pratiques autour de la communication, qui ont été nécessaires pour les autres étapes. L'évaluation des capacités de communication des résidents (par leurs aidants professionnels en lien avec l'orthophoniste stagiaire) a permis un changement de regard sur les modes de communication des résidents et des échanges entre professionnels à ce sujet. Il nous a également permis de comprendre quelle était la vision de la communication des résidents par leurs aidants, ce qui a orienté le contenu de l'information que nous leur avons proposé par la suite. Les professionnels investis dans le groupe de pilotage (pour l'individualisation des supports de communication des résidents), peut-être plus que d'autres professionnels, ont pu s'approprier la démarche de la CAA sur la structure. *A posteriori*, nous ne pouvons donc que constater la progression et la **relation d'interdépendance** entre ces différentes étapes, qui s'avèrent toutes utiles et nécessaires dans la mise en œuvre de la démarche.

De plus, l'objectif initial était de proposer un protocole qui soit spécifique aux besoins et au fonctionnement d'une structure donnée. Ensuite, nous avons pensé que les différentes étapes de ce protocole constitueraient une démarche qui pourrait être reproduite à l'identique sur d'autres structures. Nous pensions que le questionnaire initial permettrait de recueillir les besoins propres à chaque structure et que les outils pourraient être réalisés en fonction. Tout ceci dans l'optique d'aboutir à des outils voulus simples, utilisables sans trop de prérequis (si ce n'est comprendre leurs apports). *A posteriori*, les outils sont indissociables de l'accompagnement des professionnels dans leur utilisation. En effet, ce n'est pas l'outil qui

compte, mais l'utilisation qui en est faite. Et ces douze semaines d'accompagnement permettent d'affirmer que l'appropriation de supports alternatifs n'est pas intuitive, que communiquer en recourant à la multimodalité, à la modélisation et à l'aspect alternatif de la CAA prend du temps et nécessite des ressources humaines (par exemple via l'accompagnement de l'orthophoniste).

4. PERSPECTIVES

4.1 CONCERNANT LES OUTILS

A l'échelle de cette structure, des modifications sont d'ores et déjà à apporter aux **outils**, afin de les rendre plus adaptés aux spécificités des résidents, et de les enrichir de nouveaux termes pour les professionnels. A leur demande, de nouveaux supports seraient également à créer pour les **sorties extérieures** des résidents (loisirs, consultations médicales extérieures etc.) Ces outils seraient notamment une opportunité de diffuser la CAA en dehors des murs de la structure et d'être équipé pour l'ensemble des situations de communication prévisibles.

L'individualisation des supports de communication est à améliorer. En effet, le groupe de travail préalable ne s'est pas avéré suffisant et des modifications de supports ont dû être effectuées en cours de protocole (réduction du nombre de pictogrammes pour certains résidents notamment). Dans l'ergonomie des supports, nous avons pris en compte le contrôle moteur de chaque résident pour personnaliser l'organisation des items (placement des pictogrammes à gauche pour les résidents gauchers). Toutefois, nous n'avons pas personnalisé la taille des items, ce qui s'est révélé une difficulté par la suite pour certains professionnels et résidents (pictogrammes trop petits pour certains résidents).

De plus, il serait nécessaire d'envisager un élargissement du protocole à destination des résidents ayant accès au symbolisme mais présentant des **troubles visuels** (création de supports tactiles par exemple). Une perspective importante concernerait aussi l'intégration de **l'ensemble des résidents** de la structure dans la CAA, selon des modalités et propositions adaptées à leurs capacités. Cet élargissement correspond à la fois à une demande de la part des professionnels, et aussi à une façon de rendre cette approche pleinement *environnementale* en intégrant l'ensemble des résidents. Dans sa mise en œuvre, il devra comprendre à la fois des modalités alternatives pour ces résidents, et une information spécifique sur ces profils de communication (communication essentiellement extra-verbale). (cf Crunelle, 2018).

4.2 CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

Pour poursuivre l'adhésion des professionnels et l'intégration de la CAA dans les pratiques quotidiennes, il serait judicieux de créer sur la structure une « équipe CAA », regroupant différents professionnels soutenant la mise en place des outils sur la structure (Beukelman & Mirenda, 2017). Cela permettrait également de soutenir la « cohérence institutionnelle » autour de la CAA (Basle, 2005 ; Jeaud & al, 2007 ; Tytgat, 2007).

L'accompagnement des professionnels est à poursuivre pour soutenir la transition vers l'automatisation et la généralisation de l'utilisation des outils dans le quotidien. La dynamique d'équipe variant d'un groupe à l'autre, il serait judicieux que le rythme d'accompagnement soit corrélé avec leurs besoins. Pour certains groupes, au terme des douze semaines, les créneaux d'accompagnement pourraient être espacés, ce qui n'est pas le cas pour d'autres. Il est donc difficile de « protocoliser » un accompagnement dans la mesure où son objectif est de s'adapter aux besoins réels et spécifiques des différents groupes de professionnels.

De plus, le versant information du protocole est largement à poursuivre et à ritualiser sur la structure. En effet, les bénéfices liés à la mise en place de formation sur la communication **ne perdurent pas au-delà de trois mois** (Bryan & al, 2002 ; Simmons-Mackie & al, 2007 cité par Julien, 2009). Or, l'objectif est de faire des professionnels des rampes d'accès à la communication sur le long terme. Une formation serait donc à prévoir tous les trois mois dans le protocole. De plus, l'apprentissage de méthodes gestuelles, comme toute langue vivante, doit être entretenu (Tytgat, 2014). L'information et l'accompagnement doivent donc être maintenus avec régularité dans la durée.

Ces différentes recommandations sont parfaitement en accord avec les attentes des professionnels pour la suite de la démarche autour de la CAA sur la structure. Si l'ensemble des professionnels (n=41/41) sont tout à fait d'accord ou d'accord pour continuer à y contribuer, leurs attentes sont liées à la généralisation de l'utilisation des supports (à d'autres résidents, aux professionnels entrants), la poursuite de l'accompagnement sur le long-terme, la formation et une automatisation de ces pratiques dans le quotidien.

4.3 VERS UNE FAISABILITE EXTRA-MUROS ?

Dans les limites, était évoqué le fait que cette étude se base sur une structure donnée, et qu'il serait nécessaire d'évaluer la reproductibilité de la faisabilité de cette approche sur d'autres MAS. Un autre critère à prendre en compte est le fait que la plupart des MAS n'ont

pas d'intervention orthophonique. Sur la région Midi-Pyrénées, seules deux MAS (sur quarante et une) ont une orthophoniste salariée.

Or, l'information sur la communication et l'accompagnement hebdomadaires proposés par l'orthophoniste sont deux éléments majeurs imputables à la faisabilité de notre étude. La question à se poser serait désormais : dans quelle mesure la mise en place d'outils de CAA, dans une approche environnementale, pourrait-elle être envisagée dans une MAS en l'absence d'orthophoniste y exerçant ?

4.4 VALIDATION DES SUPPORTS

Une démarche de validation des outils serait à entreprendre, avec validation de contenu par un **comité d'experts** notamment. L'objectif serait de pouvoir diffuser ces outils dans un second temps. Les diffuser dans les MAS, mais également dans d'autres structures médico-sociales où des difficultés de communication sont présentes chez les résidents (EHPAD, etc.). En effet, le secrétariat d'état chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion recommande dans sa stratégie quinquennale de veiller à la cohérence des propositions faites entre les structures pour enfants / adolescents et celles pour adultes (Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, 2016). Créer des liens avec les structures telles que les Instituts-Médico-Educatifs par exemple, permettrait d'instaurer une continuité pour les futurs arrivants en MAS.

4.5 VERS UNE EVALUATION DE L'EFFICACITE

Si cette étude s'est centrée sur la faisabilité, des éléments en faveur d'une efficacité ressortent dès à présent des résultats. Cette démarche environnementale de la CAA a eu un effet à la fois sur les professionnels (changement de regard sur la communication, évolution des pratiques) et sur les résidents (découverte de possibilités d'apprentissage insoupçonnées pour certains).

Il serait donc nécessaire d'évaluer plus finement les effets de ces outils et de la démarche environnementale dans laquelle ils s'inscrivent : à la fois sur l'écosystème professionnel (étude longitudinale avec un outil de mesure comme les questionnaires utilisés dans cette étude, ou le QECIR) et sur les résidents auxquels ils sont *in fine* destinés (analyses qualitatives et quantitatives sur la parole, la communication, suite à l'instauration d'un outil de CAA).

4.6 QUELLES PERSPECTIVES POUR L'ORTHOPHONIE ?

De ce mémoire (recherches théoriques, expérimentation), et plus largement de cette expérience clinique en MAS se dégagent plusieurs perspectives pour l'orthophonie. Premièrement, à la lumière de ce protocole, le rôle de l'orthophoniste se rapproche de celui décrit par McNaughton (2019) à propos des « *finders* », à savoir personne ressource informant les aidants sur la CAA et accompagnant les professionnels dans son appropriation. Il est donc important que les orthophonistes eux-mêmes soit formés et informés dans le domaine de la communication, afin de pouvoir agir à ce niveau sur l'environnement humain. Le référentiel de formation des orthophonistes comprend des unités d'enseignement sur la CAA, il serait également judicieux d'aborder leur possible mise en place auprès des résidents adultes.

Un mémoire d'orthophonie réalisé en 2007 et intitulé « De l'orthophonie auprès d'adultes polyhandicapés : pourquoi faire, pour quoi faire ? » (Aubert, 2007) concluait déjà que l'orthophoniste avait toute sa place en MAS, notamment pour la déglutition, la communication, et la formation de l'entourage. Pourtant, l'enquête téléphonique que nous avons menée auprès des MAS de la région révélait notamment une méconnaissance des possibilités d'intervention de l'orthophoniste auprès de cette population ainsi qu'une méconnaissance des possibilités des résidents (déjà décrite par Basle, 2005). Si les motifs d'intervention spontanément évoqués concernaient notamment la déglutition, ce qui rejoint en partie la conclusion d'Aubert (2007), les personnes au bout du fil évoquaient leurs questionnements sur la pertinence d'une intervention orthophonique auprès de cette population adulte et lourdement handicapée.

Parallèlement, 32% (n=13/41) des MAS de la région accueillent ponctuellement des orthophonistes libéraux. Or, ces praticiens interviennent sur prescription médicale pour des résidents précis. Deux perspectives se dégagent de ces constats. La première est qu'il serait judicieux d'étudier les motifs et les modalités selon lesquelles les médecins exerçant en MAS prescrivent le recours à un orthophoniste pour certains de leurs résidents. Cela permettrait de dresser un état des lieux sur les représentations du corps médical en termes de besoins orthophoniques. La seconde est une double perspective : si le recours à des praticiens libéraux est la réponse la plus fréquente aux besoins des MAS en prise en charge orthophonique, il est nécessaire de promouvoir les bénéfices d'un orthophoniste salarié dans l'optique d'une démarche environnementale. Le cas échéant, une réflexion est à mener pour envisager les modalités selon lesquelles les praticiens libéraux amenés à proposer des outils de CAA pour les résidents peuvent l'envisager de façon *environnementale*.

VII. CONCLUSION

Les MAS sont des structures accueillant des résidents adultes de façon permanente. Ces derniers présentent des troubles de la communication qui induisent des situations de handicap de communication entre les interlocuteurs. Il y a donc un enjeu majeur à adapter l'environnement et à former l'écosystème professionnel des résidents pour améliorer l'accessibilité de la communication.

Dans la mesure où les supports sont accessibles, écologiques, et où les professionnels sont accompagnés pour intégrer ces outils dans leur pratique quotidienne, il est possible de sensibiliser et d'impliquer l'environnement humain d'une structure aux enjeux de la communication sous toutes ses formes. La mise en place d'adaptations environnementales à la fois humaines (information et accompagnement des aidants professionnels) et matérielles (diffusion de supports alternatifs), à l'attention des professionnels et des résidents, est faisable.

Cette étude ouvre de nouvelles perspectives orthophoniques, notamment sur l'indispensable intégration de l'environnement humain à tout projet de CAA, et sur les apports de la présence d'orthophonistes salarié.e.s au sein de ces structures. L'objectif étant de rendre la communication plus accessible à tous, résidents comme professionnels et *in fine*, permettre une prise en charge plus efficace du handicap de communication. Par ce biais, nous espérons que cela puisse contribuer à une meilleure qualité de vie des résidents tout en valorisant les interventions de leurs aidants.

Ce mémoire voudrait donc être une modeste pierre pour contribuer au changement de regard sur les possibilités de communication et d'apprentissage de l'adulte résidant en MAS, et œuvrer ainsi à une meilleure reconnaissance du champ de compétences de l'orthophoniste auprès de cette population en général, et dans le domaine de la communication alternative en particulier.

VIII. GLOSSAIRE

CAA : Communication Alternative et Améliorée

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CIF : Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

USLD : Unités de soins de longue durée

IX. TABLE DES MATIERES

Introduction	1
I. Assises théoriques.....	3
1. Communication & handicap.....	3
1.1 Généralités sur la communication.....	3
1.2. De l’usager à l’environnement : Généralités sur le handicap.....	4
1.3. Du handicap au handicap de communication.....	7
1.4. Evaluation et prise en charge du handicap de communication.....	10
2. De la communication à la CAA : agir sur le handicap de communication.....	13
2.1 Définitions & objectifs.....	13
2.2 Les symboles : enjeux & caractéristiques.....	14
2.3 Aspects ergonomiques	15
2.4 Prérequis a l’apprentissage d’un outil de CAA	16
2.5 Effets de la CAA	16
3. Recommandations pour la création d’outils	17
3.1 Recommandations sur la forme de l’outil.....	17
3.2 Recommandations sur le contenu de l’outil.....	19
3.3 Recommandations sur l’utilisation de l’outil	19
3.4 Recommandation sur l’intégration de l’environnement humain.....	20
II. Problématique	25
III. Hypothèses	25
1. Hypothèse principale : la faisabilité.....	25
2. Hypothèses secondaires : les outils	25
IV. Méthodologie.....	27
1. Questionnaire initial.....	27
1.1 Objectifs.....	27
1.2 Elaboration.....	27
2. Evaluation des résidents	28
2.1 Matériel / Méthode	28
2.2 Critères d’inclusion	29
2.3 Critères d’exclusion	29
3. Création des outils.....	29
3.1 Chronologie de l’élaboration	29

3.2 Matériel.....	34
4. Questionnaire post-utilisation des outils : Evaluation de la faisabilité.....	34
4.1 Objectifs.....	34
4.2 Elaboration du questionnaire	34
V. Résultats	35
1. Résultats des différentes étapes du protocole.....	35
1.1 Questionnaire initial.....	35
1.2. Evaluation des résidents.....	37
1.3. Création des outils & utilisation expérimentale	38
1.4. Questionnaire post-utilisation expérimentale.....	39
2. Résultats des critères de jugement : validation des hypothèses	42
VI. Discussion	47
1. Discussion de la faisabilité (hypothèse principale).....	47
1.1 Leviers à la faisabilité du protocole.....	47
1.2 Freins à la faisabilité.....	48
1.3 Remarques sur l'intégration de l'ensemble de l'environnement humain	49
2. Discussion & interprétation des hypothèses secondaires.....	50
3. Limites & biais.....	53
3.1 Biais méthodologiques.....	53
3.2 Retours cliniques sur le protocole.....	54
4. Perspectives.....	55
4.1 Concernant les outils.....	55
4.2 Concernant l'environnement humain	56
4.3 Vers une faisabilité extra-muros ?.....	56
4.4 Validation des supports.....	57
4.5 Vers une évaluation de l'efficacité.....	57
4.6 Quelles perspectives pour l'orthophonie ?	58
VII. Conclusion	59
VIII. Glossaire	60
IX. Table des matières.....	61
X. Bibliographie	63
XI. Annexes	67

X. BIBLIOGRAPHIE

- Arpaillange, A. & Debril, A. (2013). Évaluer la communication de la personne polyhandicapée. Proposition d'une démarche : le CHESSEP (Communication Grand Handicap : Évaluer, Situer, S'adapter, Élaborer un Projet individualisé). (Mémoire d'orthophonie, Université Lille II, Lille).
- Aubert, I. (2007). De l'orthophonie auprès d'adulte polyhandicapé : pourquoi faire, pour quoi faire ? (Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, Nantes).
- Basle G.; Bied-Cherreton X.; Boutin A-M.; Courtois G.; Georges-Janet L.; Rongieres M.; Zucman E. (2005). Plan action polyhandicap. Paris : GPF.
- Beukelman, D., & Mirenda, P. (2017). *Communication alternative et améliorée : aider les enfants et adultes avec des difficultés de communication*. Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Birkett, E. (1984). A comparative study of the effects of the makaton vocabulary and a language stimulation programme on the communication abilities of mentally handicap adults. (PhD thesis), University of Glasgow, Glasgow.
- Bulletin Officiel (2013). Annexe 1 : Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activité, N°32, 5 septembre.
- Cataix-Nègre, E. (2007). Les nouvelles technologies en communication alternative : oui, mais ne mettons pas le reste au placard ! *Actes des 20èmes journées d'étude de l'Association des Paralysés de France*, (pp. 79-83).
- Cataix-Nègre, E. (2013). Des outils au service d'une communication partagée. *Vie sociale* (N° 3), 149-162.
- Cataix-Nègre, E. (2017). *Communiquer autrement : Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage* (2° éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Chambers, M., & Rehfeldt, R.-A. (2003). Assessing the acquisition and generalization of two mand forms with adults with severe developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, pp. 265-280. doi:[https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(03\)00042-8](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(03)00042-8)
- Charriere, C. (2007). Des pictogrammes aux codes de communication : la place des moyens non technologiques dans la communication. *Actes des 20èmes journées d'étude de l'Association des Paralysés de France*, (pp. 67-77).
- Code de l'action sociale et des familles. (2005). Article R344-1. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006907337&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20051220>

- Code de l'action sociale et des familles. (2005). Article R344-2. Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=150CE1723360FB0C913491ED92E3F297.tplgfr34s_2?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006907338&dateTexte=20190802&categorieLien=cid#LEGIARTI000006907338
- Code de l'action sociale et des familles. (2005). Article D344-5-1. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020438272&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20090327>
- Code de l'action sociale et des familles. (2005). Article D. 344-5-2. Récupéré sur <http://www.codes-et-lois.fr/code-de-l-action-sociale-et-des-familles/article-d344-5-2>
- Coquet, F. (2012). Multicanalité de l'expression. *Les entretiens de Bichat (pp.97-114)*.
- Corriveau, G., Larose, V., Menvielle, W., Nomo, T., Gélinas, J., & Cadieux, P. (2012). *Guide pratique pour étudier la faisabilité des projets*. Presses de l'université du Québec.
- Crunelle, D. (2009). DVD : Le polyhandicap. Aider la personne polyhandicapée à se construire et à mieux vieillir. Isbergues, Ortho édition
- Crunelle, D. (2018). *Evaluer et faciliter la communication des personnes en situation de handicap complexe : Polyhandicap, syndrome d'Angelman, syndrome de Rett, autres anomalies génétiques, autisme déficitaire, AVC sévère, traumatisme crânien, démences...* Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Dalla Piazza, S., & Dan, B. (2001). *Handicaps et déficiences chez l'enfant*. Bruxelles: De Boeck.
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies : Comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Rosny-sous-Bois: Bréal.
- Genereux, S., Julien, M., Larfeuil, C., Lavoie, V., Soucy, O., & Le Dorze, G. (2004). Using communication plans to facilitate interactions with communication-impaired persons residing in long-term care institutions. *Aphasiology*, pp. 1161-1175.
- Grove, N., & Walker, M. (1990). The Makaton Vocabulary : Using Manual Signs and Graphic Symbols to Develop Interpersonal Communication. *AAC Augmentative and Alternative Communication*, pp. 15-28.
- Grosmaître, C. (2007). Troubles de la parole chez la personne avec paralysie cérébrale. Répercussion des moyens alternatifs de communication sur leur évolution. *Actes des 20èmes journées d'étude de l'Association des Paralysés de France*, (pp. 23-29).
- Guidetti, M. (2011). La communication gestuelle chez le jeune enfant : prérequis et/ou précurseurs du langage ? *Rééducation orthophonique*(246).

- Holyfield, C., Drager, K., Kremkow, J., & Light, J. (2017, octobre 2). Systematic review of AAC intervention research for adolescents and adults with autism spectrum disorder. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, pp. 201-212. doi:<https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1370495>
- Jakobson, R. (1963). Linguistique et poétique. *Essais de linguistique générale*, pp. 209-248.
- Jeaud, F. ; Astruc, V. ; Amarger, V. (2007). Communication et polyhandicap : quelle réalité ? *Actes des 20èmes journées d'étude de l'Association des Paralysés de France*, (pp. 43-46).
- Julien, M. (2009). Améliorer les échanges communicatifs en centre d'hébergement. *Rééducation orthophonique*, 240, pp. 83-117.
- Le Dorze, G., Julien, M., Genereux, S., Larfeuil, C., Navannec, C., Laporte, D., & Champagne, C. (2000). The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers. *Aphasiology*, pp. 17-51.
- Lespinet-Najib, V. ; Andre, JM. ; Claverie, B. ; Le Blanc, B. ; Pinede, N. ; Favier, PA. (2011). Les nouvelles technologies d'aide à la communication : quelques pistes de réflexion . *Actes de la 2^{ème} conférence internationale sur l'accessibilité et les systèmes de suppléance aux personnes en situation de handicap (Assisth)*, (p.134).
- Liddle, K. (2001). Implementing the picture exchange communication system (P.E.C.S). *International journal of Language and communication Disorders*, pp. 391-395.
- McNaughton, D., Light, J., Beukelman, D. R., Klein, C., Nieder, D., & Nazareth, G. (2019). Building capacity in AAC: A person-centred approach to supporting participation by people with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1556731>
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet polyhandicap. *Comité interministériel du handicap*. Nancy.
- Mollier-Dechance, S. & Leroy-Maillard, C. (2013). Élaboration et évaluation d'un outil d'aide à la communication patients aphasiques-soignants. (Mémoire d'orthophonie, Université Paris VI et Marie Curie, Paris).
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF)*. Genève.
- Pupier, V., & Souchard, M. (2016). Quelle évaluation orthophonique pour la mise en place d'un dispositif de communication alternative et améliorée pour les personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme et/ou une déficience intellectuelle ? (Mémoire d'orthophonie), Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon.)

- Schlosser Ralf, W., & Wendt, O. (2008). Effects of Augmentative and Alternative Communication Intervention on Speech production in Children With Autism : A systematic review. *American Journal of Speech Language Pathology*, pp. 212-230. doi:[https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/021))
- Schwartz, J., & Nye, C. (2006). Improving communication for children with autism : Does sign language work ? *EBP Birefs*, pp. 1-17.
- Spièce, C., Frérotte, M., Vandoorne, C., & Grignard, S. (2004). Créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique. Consulté 25 septembre 2018, à l'adresse <http://www.creerunoutil.be/>
- Tytgat, M.G. (2007). Expérience de la communication gestuelle à travers des âges, des pathologies et des méthodes différentes. *Actes des 20èmes journées d'étude de l'Association des Paralysés de France*, (pp. 65-66).
- Tytgat, M.G. (2014). « Quand les méthodes alternatives se donnent la main. » *Ortho-magazine n°111*. 23 :26
- Vergne, F., & Medici, G. (2016). *La vie en MAS : quel accompagnement ? Expériences croisées d'une psychologue et d'un psychomotricien*. Toulouse: Erès.
- Willaye, E. (2007). Troubles de la communication et troubles du comportement : interactions environnementales. *Actes des 20èmes journées d'étude de l'Association des Paralysés de France*, (pp123-128).

XI. ANNEXES

Annexe 1 : Tableau « Leviers et freins à la communication »

Annexe 2 : Tableau de synthèse des types d'outils de CAA abordés : utilisation, avantages et limites

Annexe 3 : Questionnaire initial

Annexe 4 : Compte-rendu complet des résultats du questionnaire initial

Annexe 5 : Exemple d'un kit de base à destination des professionnels du quotidien

Annexe 6 : Trame commune à l'ensemble des supports (hors kit de base)

Annexe 7 : Prototype initial d'un set de table

Annexe 8 : Exemple d'un set de table (midi / soir)

Annexe 9 : Exemple d'un set de table (matin)

Annexe 10 : Exemple d'un support salle de bain pour la toilette

Annexe 11 : Questionnaire post-protocole

Annexe 12 : Compte-rendu complet des résultats du questionnaire post-protocole

Annexe 13 : Représentation graphique des résultats pour les questions communes au questionnaire initial et au questionnaire post-protocole

Annexe 1 : Tableau « Les facteurs de réussite ou d'échec de la communication »

Les facteurs de réussite ou d'échec de la communication			
Composantes	Communication efficace	Communication difficile	Comment améliorer la communication ?
Émetteur	Même cadre de référence que le récepteur	Cadre de référence différent	Se mettre dans la peau du récepteur
	Même mode de perception que le récepteur	Mode de perception différent	-Se mettre dans la peau du récepteur -Utiliser plus d'un code
	Rôle clair et bien joué	Rôle ambigu	Lever l'ambiguïté
	But complémentaire de celui du récepteur	But différent	-Essayer de comprendre l'autre -Faire des compromis
Récepteur	Connaissances & habiletés intellectuelles appropriées	Connaissances & habiletés insuffisantes	-Demander d'autres informations -Aller chercher l'information manquante
	Motivé	Indifférent	S'intéresser, réagir
	Rétroaction abondante	Rétroaction absente	S'intéresser, réagir
Code	Commun à l'émetteur et au récepteur	Différent pour l'émetteur et le récepteur	-Traduire -Changer de code
	Approprié, bien choisi	Mal choisi	Changer de code
	Maîtrisé par les interlocuteurs	Non maîtrisé par les interlocuteurs	-Définir les termes -Simplifier le message -Augmenter la rétroaction
Message	Compréhensible	Trop difficile	Réduire la densité et ajouter des exemples
	Clair, univoque	Polysémique, équivoque	Dissiper l'équivoque
	Adapté aux circonstances	Non adapté aux circonstances	Etre attentif aux réactions
Canal & contact	Contact établi	Absence de contact	Etablir le contact
	Canal approprié	Mauvais choix du canal	Changer de canal
	Absence de bruits	Présence de bruits	-Eliminer les bruits -Ajouter de la redondance
Réfèrent	Réfèrent textuel connu	Réfèrent textuel inconnu	S'informer sur le contexte verbal
	Réfèrent extratextuel connu	Réfèrent extratextuel inconnu	S'informer sur le réfèrent extraverbal
	Clair pour le récepteur et pour l'émetteur		S'entendre sur le sens des termes

D'après Arcand & Bourbeau (1998)

Annexe 2 : Tableau de synthèse des types d'outils de CAA abordés : utilisation, avantages et limites

Type d'outil	Exemple	Définition & Utilisation	Avantages	Limites	Remarques
Avec aide technique	Low tech	Pictogramme	<p>Selon Cataix-Nègre (2013 ; 2017), les avantages sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre la visualisation de l'information et la possibilité d'y revenir « feed-back visuel » - Faciliter la permanence de l'objet (et donc la symbolisation) via un « lien tangible » - Favoriser la structuration du langage - Favorise l'attention visuelle et auditive (Tytgat, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'attirer l'attention de son interlocuteur pour échanger (Beukelman & Mirenda, 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> - Outils assistés de basse technologie = « socle de la communication assistée ». (Charrière, 2007) - Les symboles visuels peuvent également être des tableaux d'objets, d'images, de lettres. (Cataix-Nègre, 2017) - Différents types de codes pictographiques (BLISS, PCS etc.) et différentes banques de pictogrammes, correspondant à différents « systèmes conventionnels » (Charrière, 2007)

Type d'outil	Exemple	Définition & Utilisation	Avantages	Limites	Remarques
Sans aide technique	Signes	<ul style="list-style-type: none"> - « Les signes sont des gestes conventionnalisés, qui prennent valeur de code. Ils ont la même valeur symbolique que les mots.) (Cataix-Nègre, 2017) - En complément de la parole (Cataix-Nègre, 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitent les voies du langage, autant en réception qu'en expression »; (Cataix-Nègre, 2017) - Immédiatement disponibles (une fois quelques-uns retenus) (Cataix-Nègre), et disponibles en permanence (Beukelman & Mirenda, 2017) - Ne nécessite pas de matériel supplémentaire - Ralentissement du débit de parole - Vocabulaire facilement transmissible - Réduction de la charge cognitive - Traitement de l'information facilité - Plus grande proximité avec le référent (Beukelman & Mirenda, 2017) - Facilitation de la réponse (réduction des exigences de la parole et de la pression psychologique à parler). (Lloyd & Karlan 1984 cité par Beukelman & Mirenda, 2017) - Favorise la mémorisation (Broca, 2013) - Favorise l'attention visuelle et auditive (Tytgat, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> - Suppose un effort de mémorisation et un apprentissage de tous les interlocuteurs pour comprendre le message et participer à l'échange (mais compensé par la multimodalité) (Beukelman & Mirenda, 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sont aussi appelés « symboles non aidés » (Beukelman & Mirenda, 2017) - Les gestes sont définis comme « les mouvements corporels naturels » faisant partie de la communication non-verbale. (Cataix-Nègre, 2017). A la différence des signes, ils ne sont donc pas conventionnels et symboliques. - « La mémoire du geste serait la première à se développer et donc d'accès moins élaboré sur le plan développemental » (Cataix-Nègre, 2017)

Type d'outil	Exemple	Définition & Utilisation	Avantages	Limites	Remarques
Multimodal	Triade parole – signes- pictogramme	- Parole renforcée de signes et d'images. (Cataix-Nègre, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - « Facilite la création de liens symboliques et favorise la réception du langage (Cataix-Nègre, 2017) - Les signes couplés au langage oral sont plus efficaces sur la communication, tant en expression qu'en réception, que lorsqu'il n'y a qu'une seule de ces modalités. (Cf Barrera, Lobaho-Barrera & Sulzer Azaroff 1980, Bradi & smouse 1978 cités par Beukelman & Mirenda, 2017) - Souplesse dans l'utilisation : « l'utilisation d'un système multimodal a l'avantage de tout couvrir dans les situations pour lesquelles on ne sait pas quel système symbolique pourrait être le meilleur » (Reuchle, York & Sigafos 1991) Il y a donc une flexibilité dans le choix de la forme, assurance d'être équipée pour tout type d'interactions (Beukelman & Mirenda, 2017). 	Certaines personnes utiliseront davantage une modalité qu'une autre (Carr, Binkoff, Kologrnsky & Eddy 1978 cités par Beukelman & Mirenda, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Systèmes basés sur l'hypothèse que « si une unique technique de CAA fonctionne, alors l'utilisation de plusieurs techniques devrait fonctionner encore mieux ». (Beukelman & Mirenda, 2017) - Systèmes de symboles multimodaux aussi appelés « systèmes aidés et spontanés ». (Beukelman & Mirenda, 2017)

Tableau 1 Synthèse des types d'outils de CAA abordés : utilisation, avantages et limites

ENQUETE SUR LA PLACE DE LA COMMUNICATION professionnels-résidents au sein de la MAS

Ce questionnaire est élaboré dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie. Il s'adresse à **tous les professionnels** exerçant au sein de la MAS XX, toutes professions confondues.

Il va permettre de faire un état des lieux initial des enjeux autour des situations de communication avec les résidents, et de déterminer la nécessité et l'impact de l'outil de communication que nous souhaitons introduire sur la structure.

Les données recueillies seront traitées de façon strictement **anonyme**.

Merci de répondre à **toutes les questions** pour que les données soient exploitables.

CE QUESTIONNAIRE EST A REMPLIR AU PLUS TARD JUSQU'AU 14 DECEMBRE

Je passerai sur les différents groupes les récupérer auprès des éducatrices, chargées de les centraliser.

Merci par avance pour vos réponses.

Identification

1. Vous êtes :

- Professionnel du quotidien : AS / AES Préciser : Equipe de jour Equipe de nuit
- Educateur.trice
- Rééducateur (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste)
- Professionnel médical ou paramédical (médecin, IDE, psychologue)
- Personnel administratif (secrétariat, comptabilité, direction)
- Personnel logistique (agents techniques, agents de bionettoyage, professionnels de la restauration, lingères)

2. Quel est votre type de contrat ?

- 2.1** CDI CDD Intérim Autre
- 2.2** Temps plein Temps partiel. Préciser :

3. Depuis combien de temps exercez-vous au sein de la MAS ?

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

A propos de la place de la communication dans votre pratique

Pour les affirmations qui vont suivre, il s'agit d'indiquer votre degré d'adhésion : tout à fait d'accord, d'accord, ni en désaccord ni d'accord, pas d'accord, ou pas du tout d'accord. **Merci de bien vouloir cocher une case par proposition.**

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
4. La communication tient une place importante dans vos interventions auprès des résidents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il est facile de communiquer avec les résidents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les résidents présentent des difficultés de communication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si tout à fait d'accord ou d'accord à cette question, est-ce que les difficultés de communication des résidents interfèrent avec votre intervention ou vos interactions avec eux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De façon générale, vous êtes équipé.e pour communiquer avec les résidents (formations, moyens matériels etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De l'aide pour communiquer autrement avec les résidents vous serait utile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelle(s) raison(s) ?				

A propos des situations de communication du quotidien

Pour les propositions qui vont suivre, il s'agit cette fois-ci d'indiquer la fréquence correspondant à ce qui est énoncé.

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne se prononce pas
10. Vous sentez-vous à l'aise dans vos interactions avec les résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous arrive-t-il de ressentir de l'appréhension lors de vos interventions / interactions avec certains résidents en raison de leurs difficultés de communication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Etes-vous capables de comprendre les résidents lorsqu'ils essaient de communiquer avec vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous l'impression que le résident vous comprend lorsque vous communiquez avec lui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Communiquer avec les résidents vous demande-t-il des efforts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous arrive-t-il de mettre en place des stratégies particulières pour vous faire comprendre des résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si « toujours » ou « souvent », laquelle / lesquelles ?					
16. Vous arrive-t-il de mettre en place des stratégies particulières pour comprendre les résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si « toujours » ou « souvent »,
laquelle / lesquelles ?

.....
.....
.....

17. Vous arrive-t-il
d'interpréter les
manifestations de communication des résidents ?

18. Pensez-vous que les
difficultés de communication
sont un facteur de troubles du
comportement ?

A propos de l'évaluation et de la prise en charge de la communication

	Tout à fait	Plutôt	Plutôt pas	Pas du tout	Ne se prononce pas
19. Vous sentez-vous suffisamment formé.e sur la communication et ses troubles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Evaluer la communication des résidents vous semble-t-il utile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pourquoi ?				
21. Pensez-vous que la communication des résidents peut-être facilitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pourquoi ?				
22. Avez-vous entendu parler de méthodes de Communication Alternative et Augmentée (CAA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si «tout à fait » ou « plutôt », lesquelles ?				
23. Pensez-vous qu'il soit utile de développer des méthodes de Communication Alternative et Augmentée pour une population adulte comme les résidents accueillis sur la structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

24. Seriez-vous prêt.e à contribuer au développement de ce type de méthodes sur la structure ?

Si « tout à fait » / « plutôt », quelles seraient vos attentes ?

.....

Si « plutôt pas » / « pas du tout », pourquoi ?

.....

A propos du contenu et de l'intérêt de l'outil

25. Dans le cas où un outil de CAA vous serait utile, quels seraient les moments pour lesquels vous en auriez le plus besoin ? Merci de bien vouloir répondre à la question se rapportant à votre catégorie professionnelle.

Professions

AS, AES, éducateurs spécialisés	<input type="checkbox"/> Situations du quotidien (repas, toilette, habillage etc.)	<input type="checkbox"/> Activités de loisirs	<input type="checkbox"/> Ateliers (bricolage, cuisine etc.)	<input type="checkbox"/> Situations d'échanges informels	<input type="checkbox"/> Autre ? Préciser :	<input type="checkbox"/> Aucune situation particulière
--	--	---	---	--	---	--

Rééducateurs (ergothérapeute, kinésithérapeute)	<input type="checkbox"/> Situations d'entretien / de rééducation	<input type="checkbox"/> Ateliers spécifiques	<input type="checkbox"/> Situations d'échanges informels	<input type="checkbox"/> Autre ? Préciser :	<input type="checkbox"/> Aucune situation particulière
---	--	---	--	---	--

Professionnel médical ou paramédical	<input type="checkbox"/> Situations de soins	<input type="checkbox"/> Prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Situations d'entretiens	<input type="checkbox"/> Situations d'échanges informels	<input type="checkbox"/> Autre ? Préciser :	<input type="checkbox"/> Aucune situation particulière
---	--	---	--	--	---	--

Pour les

professionnels

Situations de

Autre ? Préciser :

Aucune situation particulière

de

rencontres,

.....

l'administration

d'échanges

.....

et de la

informels

logistique

26. Y a-t-il des thèmes en particulier que vous souhaiteriez aborder avec un outil de CAA ?

(Rassurer, faire comprendre une consigne...)

.....
.....
.....

27. Citez 5 mots que vous aimeriez pouvoir exprimer de façon alternative :

-
-
-
-
-

A propos de la forme de l'outil...

Quelle forme souhaitez-vous pour votre outil de communication ?

Nous avons établi **un cahier des charges** de l'outil de CAA que nous souhaitons mettre en place sur la structure. Il comprend des critères issus de **recherches bibliographiques** et des **critères cliniques** pour que son application soit faisable (ne pas demander de temps supplémentaire par exemple).

➤ Pour rappel, **chaque catégorie de professionnels aura son propre outil spécifique** (celui des AES ne sera pas le même que celui du médecin, ou des éducateurs.trices etc.) car les situations vécues avec les résidents ne sont pas les mêmes.

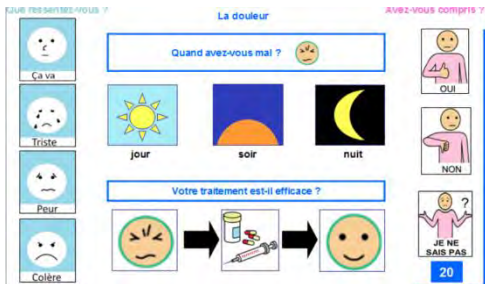
Cet outil peut prendre différentes formes. Nous vous proposons de choisir celle qui vous semblerait la plus adaptée afin d'orienter, dans la mesure du possible, la réalisation de notre cahier des charges.

Merci de bien vouloir répondre uniquement à la question se rapportant à votre catégorie professionnelle.

Merci de cocher la proposition qui vous semble la plus adaptée

Proposition 1 : Les fiches de dialogue

= supports permettant de guider la communication avec des images à montrer en même temps que l'on parle.



Exemple de fiche de dialogue pour la douleur.

Proposition 2 : Les outils fonctionnels

= Même principe, mais sur des supports qui s'intègrent davantage dans le quotidien. Par exemple : sets de table adaptés avec des pictogrammes pour les repas, tableau en forme de vêtement pour l'habillage...



Pour les professionnels de l'administration (direction, secrétariat, compatibilité etc.) et de la logistique (professionnels de la restauration, agents techniques, agents de bionettoyage, lingères)

Nous pensons vous proposer un petit kit de communication de base, avec des mots courants (formules de politesse par exemple).

Pour ceux qui le souhaitent nous pouvons aussi adapter ce kit de base en l'agrémentant selon les besoins liés à vos missions quotidiennes.

Avez-vous des besoins spécifiques dans vos interactions avec les résidents ?

Oui Non

Si oui, quels seraient les thèmes que vous auriez besoin d'aborder ?

-
-
-
-

Je vous remercie pour le temps que vous avez pris à compléter ce questionnaire.

Un retour vous sera fait prochainement.

Clotilde (stagiaire orthophoniste) & Mélanie

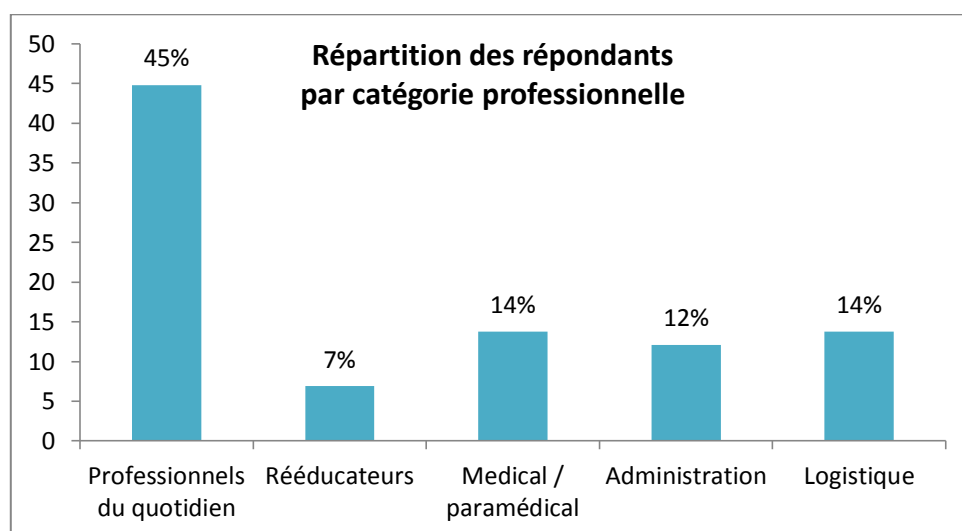
Résultats de l'enquête sur la place de la communication professionnels / résidents au sein de la MAS XXX

1. Présentation de l'échantillon de l'enquête

58 professionnels ont répondu au questionnaire. La population professionnelle totale de l'établissement disponible au moment de l'enquête étant estimée à 80 personnes, l'échantillon se compose donc de **72,5% des professionnels**, ce qui semble être représentatif de la population totale étudiée.

Concernant le **type de profession**, les répondants se répartissent comme indiqué sur le graphique ci-dessous

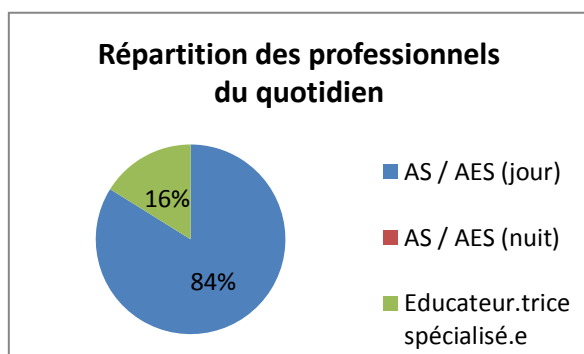
:



Graphique 1 : Représentation graphique des différentes catégories professionnelles de répondants (n=58)

Parmi les répondants à l'enquête se trouve une majorité de professionnels du quotidien (45%). Viennent ensuite les professionnels du médical / paramédical (14%) et de la logistique (14%), les professionnels de l'administration (12%), puis les rééducateurs (7%).

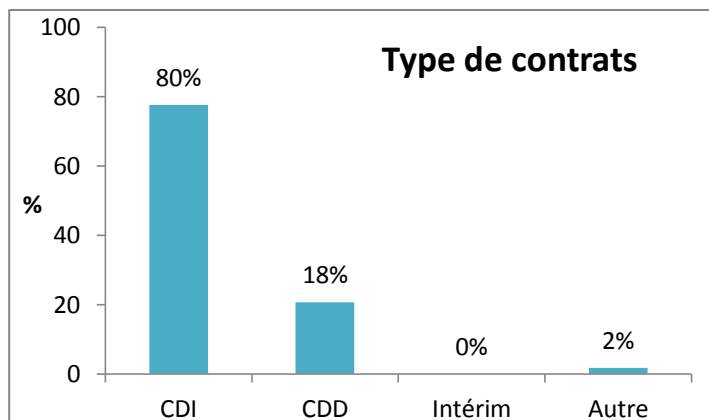
Les professionnels du quotidien regroupent les professions d'aide-soignant.e (AS), accompagnant.e éducatif et social (AES), et d'éducateur.trice spécialisé.e.



Parmi les AS/ AES ayant répondu à l'enquête, nous n'avons pas obtenu de réponse des professionnels de l'équipe de nuit.

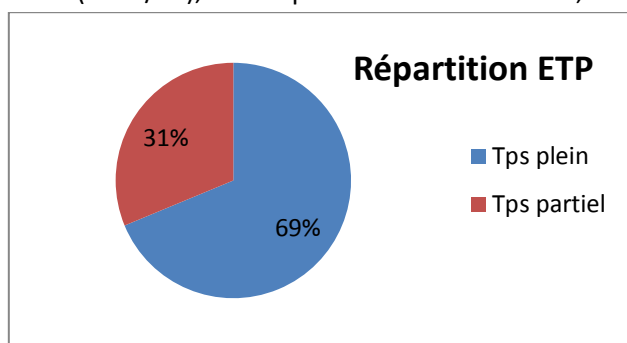
Graphique 2 : Représentation graphique de la répartition des professionnels du quotidien (n=26).

Concernant le **type de contrat**, la majorité des professionnels (n=45/58) est titulaire d'un Contrat à Durée Indéterminée (CDI).

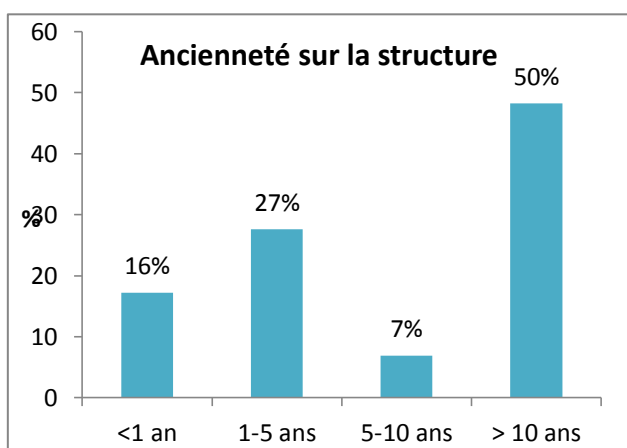


Graphique 3 : Représentation graphique des types de contrats des professionnels (n=58)

La plupart des professionnels (n=33/48), toutes professions confondues, sont à **temps plein** sur la structure.



Graphique 4 : Représentation graphique de la répartition temps plein/ temps partiel des professionnels sur la structure (n=48)



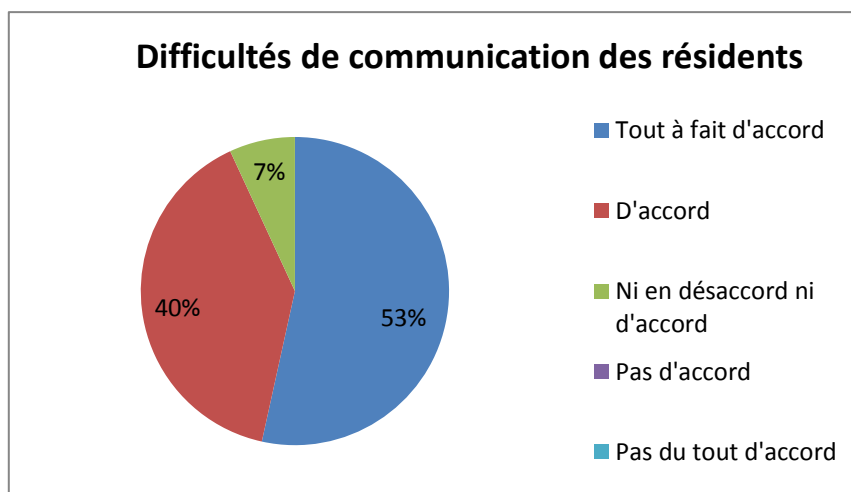
Quant à **l'ancienneté** sur la structure, la moitié des professionnels (n=28/58) sont présents depuis plus de dix ans dans l'établissement.

Graphique 5 : Représentation graphique de l'ancienneté des différents professionnels sur la structure (n=58).

2. Place de la communication dans les pratiques & situations de communication du quotidien

La communication tient une place importante dans les pratiques des différents professionnels, quelle que soit leur profession, puisque **97%** des répondants sont tout à fait d'accord ou d'accord avec cette idée.

La présence de **difficultés de communication** des résidents est également plébiscitée (93% des professionnels sont « tout à fait d'accord »/ « d'accord » avec le fait que les résidents en présentent.)



Graphique 6 : Représentation graphique de la répartition des répondants à la question « Les résidents présentent des difficultés de communication. » (n=58).

Parmi les professionnels trouvant que les résidents présentent des difficultés de communication, **69%** estiment que ces difficultés interfèrent avec leurs interventions ou interactions auprès d'eux. Les difficultés de communication des résidents interfèrent d'ailleurs davantage pour les professionnels présents sur la structure depuis moins d'un an ou titulaires d'un Contrat à Durée Déterminée (CDD) (cf *tableau validation hypothèses questionnaire 1*).

Face à ces difficultés de communication, **61%** des professionnels (n=34/56) ne se sentent pas équipés pour communiquer avec les résidents.

De l'aide serait utile pour **82%** d'entre eux, en témoigne le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Répartition du nombre de répondants à la question
« De l'aide pour communiquer autrement avec les résidents vous serait utile. » (n=55)

Q9	NB	%
Tout à fait d'accord	29	53
D'accord	16	29
Ni en désaccord ni d'accord	8	15
Pas d'accord	2	4
Pas du tout d'accord	0	0
Total répondants	55	100

Un tableau croisé dynamique entre les questions « De l'aide pour communiquer autrement avec les résidents vous serait utile. » et l'ancienneté sur la structure révèle d'ailleurs que **56% des professionnels ayant plus de 10 ans d'ancienneté** (n=15/27) se sentent peu équipés pour communiquer avec les résidents. Le fait de se sentir équipé ou non ne relève donc pas / pas directement de l'ancienneté.

A noter également que **58%** des professionnels du quotidien (n=18/31) ne se sentent pas / pas du tout équipés.

3. Situations de communication du quotidien

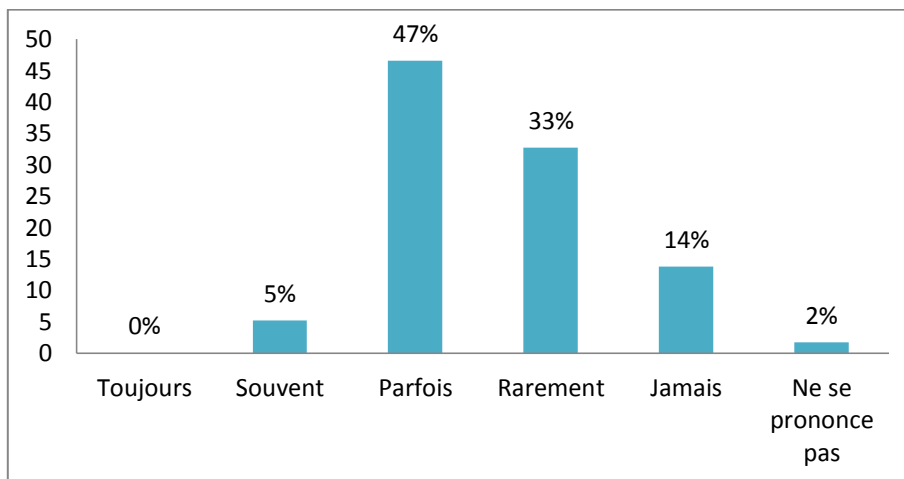
Pourtant, la présence de difficultés de communication chez les résidents ne semble pas empêcher **82%** des professionnels de se sentir (toujours ou souvent) à l'aise dans leurs interactions avec eux. Parmi ces professionnels sus cités, les professionnels du quotidien (n=26, en jaune dans le tableau ci-dessous) sont les seuls à se sentir toujours ou souvent à l'aise dans leurs interactions.

Tableau 2 : Tableau croisé dynamique entre le type de profession et la question « Vous sentez-vous à l'aise dans vos interactions avec les résidents ? » (En nombre de répondants).

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Ne se prononce pas	Total général
AS / AES	5	21				26
Educateur.trice	2	3				5
Rééducateur.trice		2	2			4
Médical / Paramédical		5	3			8
Administration	1	2	2	1	1	7
Logistique	5	2	1			8
Total général	13	35	8	1	1	58

L'hypothèse est émise que les professionnels du quotidien, de par leur pratique au plus près des résidents et de leurs routines, se sentent plus à l'aise que d'autres professionnels intervenant auprès d'eux plus sporadiquement (ex : professionnels de l'administration, de la logistique etc.)

De plus, **47%** des professionnels (n=27/58) ont répondu ne jamais ou rarement ressentir d'appréhension dans leurs interactions / interventions avec les résidents, en lien avec leurs difficultés de communication. **47%** (n=27/58) en ressentent parfois.



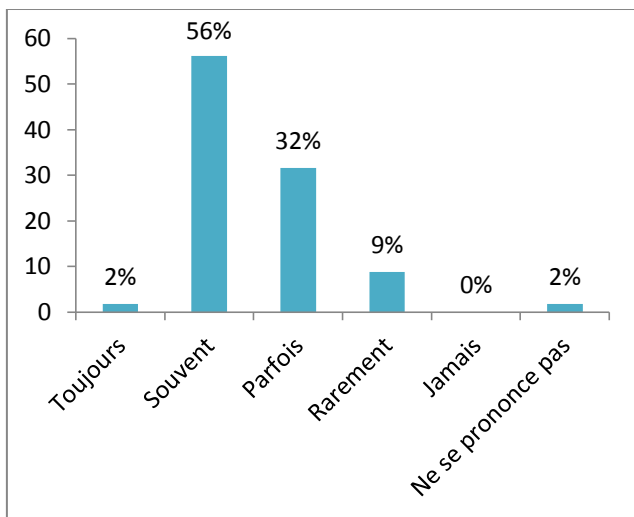
Graphique 7 : Représentation graphique des répondants à la question : « Vous arrive-t-il de ressentir de l'appréhension dans vos interactions avec certains résidents, en raison de leurs difficultés de communication ? » (n=58).

Concernant le degré d'effort nécessaire pour communiquer avec les résidents, **33%** (n=19/58) des professionnels estiment que communiquer avec les résidents leur demande toujours ou souvent des efforts. **36%** (n=21/58) rarement ou jamais.

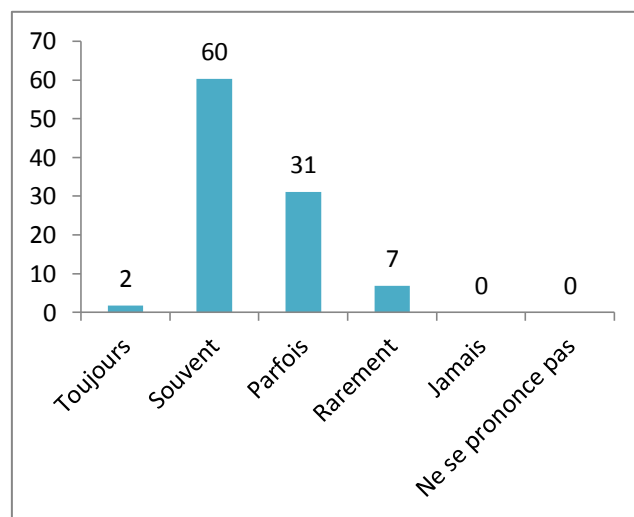
Nous avons ensuite cherché à savoir si les professionnels mettaient en place des stratégies particulières dans leurs interactions avec les résidents : **47%** (n=31/58) mettent toujours / souvent en œuvre des stratégies pour se faire comprendre des résidents. **31%** (n=17/56) toujours / souvent pour comprendre les résidents.

Pour se faire comprendre des résidents, les deux types de stratégies qui ressortent de l'enquête sont des **stratégies non-verbales** : gestes, mimiques, désignation d'objets par exemple, et des **stratégies verbales** : reformulation, répétition, ralentissement du débit de parole etc. De la même façon, pour comprendre les résidents, ces deux stratégies sont retrouvées. S'y ajoutent également le **recours à d'autres professionnels**, et le fait de se baser sur sa **connaissance du résident**.

Concernant la prise en compte du résident dans l'interaction, **58%** (n=33/57) des professionnels s'estiment toujours ou souvent capable de comprendre les résidents, et **41%** (n=23/57) parfois ou rarement. Par ailleurs, **62%** (n=36/58) ont l'impression que le résident les comprend toujours / souvent, et **38%** (n=22/58) parfois/ rarement.



Graphique 8 : Représentation graphique de la répartition des répondants à la question : « Êtes-vous capable de comprendre les résidents lorsqu'ils essaient de communiquer avec vous ? »



Graphique 9 : Représentation graphique de la répartition des répondants à la question : « Avez-vous l'impression que le résident vous comprend lorsque vous communiquez avec lui ? »

Concernant les manifestations de communication des résidents, **63%** des professionnels (n=36/57) les interprètent toujours ou souvent. **80%** (n=25/31) des professionnels du quotidien les interprètent toujours ou souvent, contre par exemple **20%** (n=3/15) des professionnels de l'administration et de la logistique.

Enfin, **54%** des professionnels (n=31/58) ont répondu que les difficultés de communication sont toujours / souvent un facteur de troubles du comportement.

4. Evaluation et PEC de la communication

Tableau 3 : Répartition du nombre de répondants à la question « Vous sentez-vous suffisamment formé.e sur la communication et ses troubles ? » (n=57)

Q19	Nb	%
Tout à fait	0	0
Plutôt	7	12
Plutôt pas	25	44
Pas du tout	23	40
Ne se prononce pas	2	4
Total répondants	57	100

Les professionnels ne se sentent pas formés : ils sont **84%** (n=48/57) à n'être pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation ci-dessus.

De plus, **78%** des professionnels (n=45/58) n'ont pas ou pas du tout entendu parler de méthodes de Communication Alternative et Augmentée (CAA). Les méthodes citées par la minorité des répondants (n=13/58) à la question ouverte « Si tout à fait / plutôt, laquelle, lesquelles ? » sont les pictogrammes et la langue des signes française.

A la question « Pensez-vous qu'il soit utile de développer des méthodes de CAA pour une population adulte comme les résidents accueillis sur la structure ? », **76%** des répondants (n=42/56) se disent tout à fait d'accord / plutôt d'accord. A la question suivante « pour quelle(s) raison(s) ? », la majorité des réponses se rapporte au fait d'enrichir / favoriser la communication.

Des répondants évoquent la question de la temporalité dans la mise en place des supports : certains questionnent le fait qu'il soit trop tard pour des résidents adultes, et d'autres a contrario « qu'il n'est jamais trop tard pour de nouveaux apprentissages ».

81% des répondants (n=42/52) se disent prêts à contribuer au développement de méthodes de CAA sur la structure. Toutefois, la **formation et l'accompagnement** sont les attentes majeures des professionnels dans l'instauration de ce type de méthodes sur la structure.

Les autres attentes citées par les professionnels concernent le fait d'avoir des **outils adaptés** (aux besoins des résidents et des professionnels), le fait d'avoir des outils **simples**, et des outils servant à entrer en **relation**.

5. Contenu de l'outil

Concernant le contenu des outils, les répondants ont des **attentes en lien avec leur profession**. Les thèmes proposés par catégories de professionnels ont tous été sélectionnés / retenus (cf tableaux ci-après).

Deux autres thèmes ont été proposés par des professionnels : les émotions, et les rituels / le repérage temporel.

L'analyse des réponses apportées à la question « Y a-t-il des thèmes en particulier que vous souhaiteriez aborder avec un outil de CAA ? » révèle des **thèmes plutôt transversaux** à toutes les professions, directement liés au résident : les émotions, la douleur, expliquer, faire comprendre, rassurer, travailler les préférences (notion de choix), orientation dans le temps, repas / alimentation.

La question « Citez 5 mots que vous aimeriez pouvoir exprimer de façon alternative » quant à elle met en exergue des **termes plutôt spécifiques** aux catégories de professionnels : vocabulaire des soins médicaux pour les professions médicales, termes en lien avec certains ateliers pour les rééducateurs, formules de politesse pour les professionnels de l'administration et de la logistique etc.

Pour les questions de **contenu des outils**, voici les résultats pour chaque profession :

Pour les professionnels du quotidien (AS, AES, éducateur.trice(s) spécialisé.e(s))

Tableau 4 : Répartition des répondants ayant retenu la proposition (n=28).

	Nb	%
Situations du quotidien	26	93
Activités de loisirs	17	61
Ateliers	17	61
Situations d'échanges	21	75
Autre ?	0	0
Aucune situation particulière	0	0
Total répondants	28	100

Ainsi, les deux supports les plus plébiscités par les professionnels sont ceux concernant les **situations du quotidien** (93%), et les **situations d'échanges** (75%).

Supports retenus pour le protocole :

- Situations du quotidien
- Activités de loisirs
- Ateliers
- Situations d'échanges

Pour les rééducateur.trices :

Tableau 5 : Répartition des répondants ayant retenu la proposition (n=4).

	Nb	%
Situations d'entretien / rééducation	4	100
Ateliers spécifiques	3	75
Situations d'échanges	4	100
Autre ?	1	25
Aucune situation particulière	0	0
Total répondants	4	100

Les deux supports plébiscités par tous les répondants concernent les **situations d'entretien / rééducation** et les **situations d'échanges**.

Les ateliers suivants ont été cités : « bricolage », « cognitif », « oralité » et « communication ».

Supports retenus pour le protocole :

- Situations d'entretien / de rééducation
- Ateliers spécifiques
- Situations d'échanges

Pour les professionnel du médical / paramédical

Tableau 6 : Répartition des répondants ayant retenu la proposition (n=8).

	Nb	%
Situations de soins	7	88
Prise de médicaments	5	63
Situations d'entretiens	6	75
Situations d'échanges informels	7	88
Autre ?	1	13
Aucune situation particulière	0	0
Total répondants	8	100

Les deux supports les plus plébiscités se réfèrent aux **situations de soins** et aux **situations d'échanges**.

La demande « autre ? » est ainsi précisée : « toutes les situations. »

Supports retenus pour le protocole :

- Situations de soins
- Prise de médicaments
- Situations d'entretiens
- Situations d'échanges

Professionnels de la logistique et de l'administration

Tableau 7 : Répartition des répondants ayant retenu la proposition (n=13).

Synthèse	Nb	%
Situations de rencontres, d'échanges informels	13	100
Autre ?	1	8
Aucune situation particulière	0	0
Total répondants	13	100

Les répondants ont sélectionné à l'unanimité les situations de rencontres et d'échanges.

La demande autre est la suivante : "orientation géographique au sein de l'établissement".

Supports retenus pour le protocole :

Un kit de communication de base abordant les thèmes liés aux rencontres et échanges sera proposé à l'ensemble des professionnels de la logistique et de l'administration.

NB : ce kit sera également proposé aux autres catégories de professionnels, tous ayant largement retenu la situation de rencontre et d'échanges.

6. Forme de l'outil

A. Pour les professionnels ayant une intervention directe auprès des résidents (professionnels du quotidien, soignants, rééducateurs)

Sur cette partie, un choix entre deux formes d'outils était proposé aux professionnels : outils fonctionnels (set de table par exemple) et fiches de dialogue.

65% des professionnels du quotidien (n=17/26) ont opté pour les **outils fonctionnels**. Les rééducateurs et les professionnels du médical / paramédical sont 75% (n=9/12) en faveur des **fiches de dialogue**.

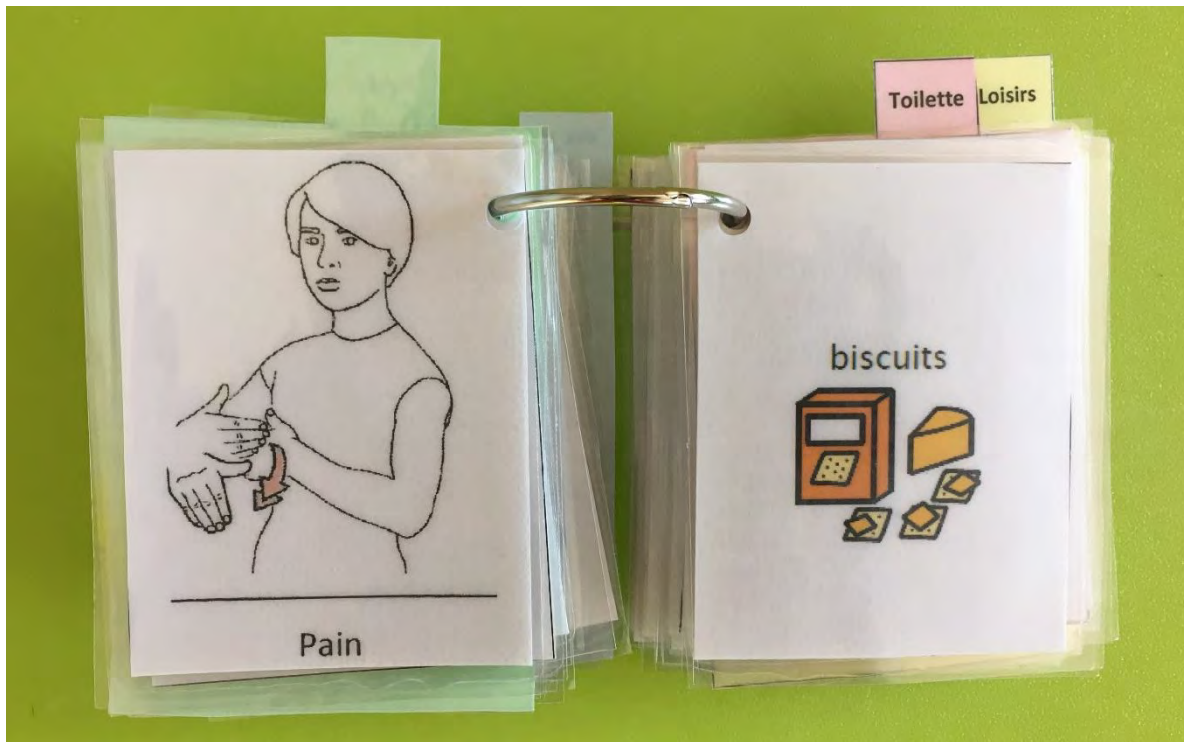
Forme des outils :

- **Outils fonctionnels** : professionnels du quotidien (AS, AES, éducateur.trice)
- **Fiches de dialogue** : tous les autres professionnels ayant une intervention directe auprès des résidents (professionnels du médical /paramédical, rééducateur.trice)

B. Professionnels de l'administration et de la logistique

Concernant les professionnels de l'administration et de la logistique, 5 répondants sur 9 ont cité des besoins spécifiques (en lien avec du vocabulaire courant, la compréhension du résident. « Réassurance et sécurisation de l'environnement » a également été cité.), qui viennent enrichir le projet et les outils.

Annexe 5 : Exemple d'un kit de base avec les extensions à destination des professionnels du quotidien (AES)



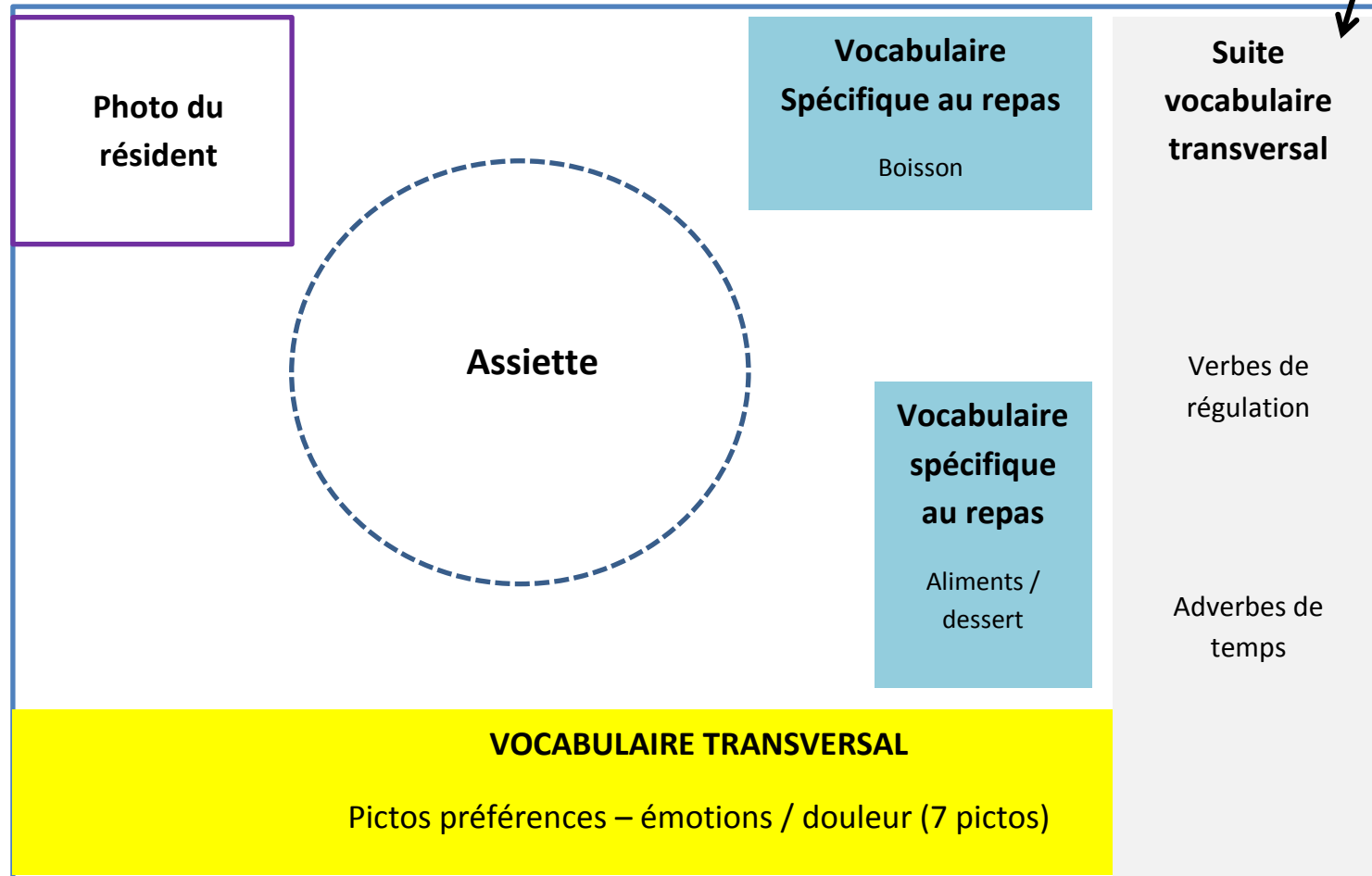
	<p>Suite vocabulaire transversal</p> <p>Verbes de régulation</p> <p>Adverbes de temps</p>
<p>VOCABULAIRE TRANSVERSAL</p> <p>Pictos préférences – émotions / douleur (7 pictos)</p>	

Annexe 7 : Prototypage initial d'un set de table

Lieu : salle à manger

Routine : repas (recto : petit déjeuner ; verso : déjeuner / dîner)

Colonne positionnée à droite ou à gauche en fonction du contrôle moteur propre à chaque résident (Beukelman & Mirenda, 2017)



Le set doit être suffisamment large pour que l'assiette ne cache pas la bande avec le vocabulaire transversal sur les côtés.

Annexe 8 : Exemple d'un set de table (midi / soir)



Annexe 9 : Exemple d'un set de table (matin)



Exemple d'un support réalisé avec deux pictogrammes émotions sur les cinq proposés, pour être individualisé au plus près des compétences du résident à qui il est destiné.

Annexe 10 : Exemple d'un support salle de bain réalisé pour la toilette

Photo du résident

encore

stop

attends 1 minute

aider

maintenant

après

fini

se brosser les dents

se déshabiller

se laver

s'habiller

se coiffer

vêtements

protection

maquillage

bijoux

beau

propre

j'aime ça

je n'aime pas ça

content

triste

avoir mal

The image shows a visual support for a bathroom routine. At the top, there is a circle labeled 'Photo du résident' (Resident's photo) and three blue icons: a water drop, a bathtub, and a toilet. Below these is a large green arrow pointing right, containing five boxes with icons and text: 'se brosser les dents' (brush teeth), 'se déshabiller' (undress), 'se laver' (wash), 's'habiller' (dress), and 'se coiffer' (groom). To the left of the arrow are four boxes: 'vêtements' (clothing), 'protection' (protection), 'maquillage' (makeup), and 'bijoux' (jewelry). To the right of the arrow are two boxes: 'beau' (beautiful) and 'propre' (clean). At the bottom, there are three yellow boxes: 'j'aime ça' (I like this) with a happy face, 'je n'aime pas ça' (I don't like this) with a sad face, 'content' (happy) with a smiling face, 'triste' (sad) with a frowning face, and 'avoir mal' (pain) with a hand holding a head. On the far right, a vertical grey bar contains seven icons with labels: 'encore' (again), 'stop' (stop), 'attends 1 minute' (wait 1 minute), 'aider' (help), 'maintenant' (now), 'après' (after), and 'fini' (finished).

Questionnaire post-protocole

Ce questionnaire va clôturer l'expérimentation en place sur la structure depuis le mois de décembre dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie. Il s'adresse à tous les professionnels exerçant au sein de la MAS XX à qui nous avons remis un outil de communication (porte-clef kit de base ; supports à destination des résidents, etc.)

Il va notamment nous permettre de recueillir vos avis, remarques, commentaires concernant les **outils** que nous avons mis en place (contenu, forme, utilisation). Le but étant de les améliorer par la suite, pour les rendre plus adaptés à vos pratiques et aux besoins des résidents.

Les données recueillies seront traitées de façon strictement **anonyme**.

Merci de répondre à **toutes les questions** pour que les données soient exploitables.

CE QUESTIONNAIRE EST A REMPLIR AU PLUS TARD JUSQU'AU 25/06

Identification

1. Vous êtes :

- Professionnel du quotidien : AS / AES Préciser : Equipe de jour Equipe de nuit
- Educateur.trice
- Rééducateur (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste)
- Professionnel médical ou paramédical (médecin, IDE)
- Personnel administratif (secrétariat, comptabilité, direction)
- Personnel logistique (agents techniques, agents de bionettoyage, professionnels de la restauration, lingères)
- Autre professionnel médical ou paramédical (psychologue, psychiatre)

2. Quel est votre type de contrat ?

- 2.1** CDI CDD Intérim Autre
- 2.2** Temps plein Temps partiel.

3. Depuis combien de temps exercez-vous au sein de la MAS ?

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

4. Aviez-vous eu la possibilité de répondre au questionnaire initial distribué au mois de décembre ?

Oui

Non

A propos du contenu des outils

Pour les affirmations qui vont suivre, il s'agit d'indiquer votre degré d'adhésion : tout à fait d'accord, d'accord, indécis, pas d'accord, ou pas du tout d'accord.

Pour tous les professionnels	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
5. Le vocabulaire proposé (signes, pictogrammes) correspondait à vos besoins et à ceux des résidents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelle(s) raison(s) ?				
6. Le vocabulaire proposé (signes, pictogrammes) était adapté aux spécificités de votre profession.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord » à cette question, que vous a-t-il manqué ?				

7. Citez 5 mots qui vous ont manqué dans le kit de base, dont vous auriez besoin pour la suite :

➤
➤
➤
➤
➤

8. Y a-t-il d'autres situations pour lesquelles un outil vous aurait été utile ? Si oui, laquelle, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....

A propos de la forme des outils

Indiquez votre degré d'adhésion aux propositions suivantes :

NB : par outil, nous entendons l'utilisation du support visuel (pictogramme) et / ou des signes en plus de la parole.

Pour tous les professionnels	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
9. Dans leur format, les supports proposés étaient pratiques et disponibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelle(s) raison(s) ?					
10. Les supports proposés étaient simples à utiliser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelle(s) raison(s) ?					
11. L'utilisation de signes et / ou pictogrammes dans l'interaction avec les résidents demande du temps supplémentaire. NB : Hors temps lié à l'apprentissage des signes (ateliers, accompagnement).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Les signes se retiennent facilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tout à fait d'accord / d'accord, avez-vous eu recours à des stratégies particulières pour y parvenir ?	Si pas d'accord / pas du tout d'accord, pour quelle(s) raison(s) ?				

13. Le porte-clefs avec les différents signes / pictogrammes, a été utile pour mémoriser les signes.

14. Avec quel paramètre alternatif, associé à la parole, étiez-vous le plus à l'aise ?

Désigner des pictogrammes sur les supports Signer

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

A propos de l'information sur la communication et de la mise en place des supports

Pour les professionnels du quotidien
uniquement

Tout à fait

Plutôt

Plutôt pas

Pas du tout

15. Avez-vous eu la possibilité de participer à l'évaluation de la communication de certains résidents de votre unité ?

(Grilles d'observation remplies en équipe avec l'aide de l'orthophoniste-stagiaire en janvier/février)

Pour tous

(Hors logistique)

16. Avez-vous assisté à la réunion institutionnelle donnée le 19/03 sur la communication et ses troubles ou à la session bis proposée le 25/03 ?

Oui Non

Si oui

Tout à fait d'accord

D'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

Vous a-t-elle permis de comprendre l'intérêt des outils proposés ?

Vous a-t-elle permis de comprendre l'intérêt de la multimodalité ?

Avez-vous des remarques ou suggestions (clarté et pertinence du contenu, intérêt des ateliers pratiques etc.) ?

.....
.....
.....
.....

Si non

Avez-vous rencontré des difficultés particulières pour participer à la suite du protocole ?

.....
.....
.....

Avez-vous eu besoin d'un accompagnement individuel ?

.....
.....
.....
.....

Pour les professionnels de la logistique.	Tout à fait	Plutôt	Plutôt pas	Pas du tout	Ne se prononce pas
17. Avant de vous remettre les outils, nous vous avons proposé un atelier pratique initial. Cet atelier vous a-t'il permis de comprendre la démarche et l'intérêt de ces outils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vous a-t-il permis de vous approprier vos kits et de faciliter leur utilisation avec les résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si « plutôt pas » ou « pas du tout », que vous a-t-il manqué ?				

**Pour les professionnels du
quotidien, du médical, et
les rééducateurs.**

Tout à fait

Plutôt

Plutôt pas

Pas du tout

Ne se
prononce pas

**19. Nous avons mis en place un
créneau d'accompagnement
hebdomadaire pour soutenir votre
utilisation des outils.**

**Ces créneaux vous ont-ils permis
de vous approprier vos outils et de
gagner en confiance dans leur
utilisation ?**

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

**20. Ces créneaux ont été mis en
place pendant 12 semaines.**

**Combien de fois estimez-vous avoir
pu y assister ?**

Entre 0 et 4 fois

Entre 4 et 8 fois

Entre 8 et 12 fois

A propos de l'utilisation des supports

Pour tous

Tout à fait

Plutôt

Plutôt pas

Pas du tout

**21. Depuis le lancement des
outils de communication,
êtes-vous parvenu.e à
associer 2 modalités dans
vos interactions avec les
résidents (parole + signe ou
parole + désignation de
picto) ?**

Si « tout à fait » ou « plutôt », qu'est-ce qui vous a permis d'y parvenir ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si « plutôt pas » ou « pas du tout », pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

22. Vous avez associé ces

Avec les résidents inclus dans le protocole

deux modalités :

Avec tous les résidents / d'autres résidents

23. Etes-vous prêt.e à continuer à participer au développement de méthodes de Communication Alternative et Augmentée (signes, pictogrammes) sur la structure ?

Si « tout à fait » ou « plutôt », quelles seraient vos attentes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si « plutôt pas » ou « pas du tout », pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pour les professionnels du quotidien

Supports le(s) plus utilisé(s)

24. Quel est le support que vous avez le plus utilisé ?

Set de table (midi et soir)

Set de table matin

Panneau salle de bain

Panneau loisirs

Kit de base (porte-clefs)

Aucun

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....

25. Quel support avez-vous le moins utilisé ?	<input type="checkbox"/> Set de table (midi et soir)	<input type="checkbox"/> Set de table matin	<input type="checkbox"/> Panneau salle de bain	<input type="checkbox"/> Panneau loisirs	<input type="checkbox"/> Kit de base (porte-clefs)	<input type="checkbox"/> Aucun
Pour quelle(s) raison(s) ?					

Pour les professionnels du quotidien, du médical et les rééducateurs.		Type de vocabulaire le plus utilisé
26. Quel type de vocabulaire avez-vous le plus utilisé ?	<input type="checkbox"/> Vocabulaire de base (vocabulaire commun à tous les professionnels)	<input type="checkbox"/> Vocabulaire spécifique (= autres onglets de votre porte-clefs)
		<input type="checkbox"/> Je n'ai rien utilisé

A propos de la place de la communication dans votre pratique

Pour les affirmations qui vont suivre, il s'agit d'indiquer votre degré d'adhésion : tout à fait d'accord, d'accord, ni en désaccord ni d'accord, pas d'accord, ou pas du tout d'accord. **Merci de bien vouloir cocher une case par proposition.**

Pour tous	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
27. Vous sentez-vous suffisamment formé.e sur la communication et ses troubles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Pensez-vous que la communication des résidents peut être facilitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Avez-vous entendu parler de méthodes de Communication Alternative et Augmentée (CAA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Pensez-vous qu'il soit utile de développer des méthodes de Communication Alternative et Augmentée pour une population	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

adulte comme les résidents accueillis sur la structure ?					
31. La communication tient une place importante dans vos interventions auprès des résidents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Il est facile de communiquer avec les résidents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Les résidents présentent des difficultés de communication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Si tout à fait d'accord ou d'accord à cette question, est-ce que les difficultés de communication des résidents interfèrent avec votre intervention ou vos interactions avec eux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Vous êtes équipé.e pour communiquer avec les résidents (formations, moyens matériels etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A propos des situations de communication du quotidien

Pour les propositions qui vont suivre, il s'agit cette fois-ci d'indiquer la fréquence correspondant à ce qui est énoncé.

Pour tous	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne se prononce pas
36. Vous sentez-vous à l'aise dans vos interactions avec les résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Vous arrive-t-il de ressentir de l'appréhension lors de vos interventions / interactions avec certains résidents en raison de leurs difficultés de communication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour tous	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne se prononce pas
38. Avez-vous l'impression que le résident vous comprend lorsque vous communiquez avec lui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Communiquer avec les résidents vous demande-t-il des efforts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Vous arrive-t-il de mettre en place des stratégies particulières pour vous faire comprendre des résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si « toujours » ou « souvent », laquelle / lesquelles ?					
41. Vous arrive-t-il de mettre en place des stratégies particulières pour comprendre les résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si « toujours » ou « souvent », laquelle / lesquelles ?					

Pour conclure...

Pouvez-vous citer une chose que ce protocole (de l'évaluation des résidents, à l'utilisation des supports, en passant par l'accompagnement) vous a apportée sur la communication et sur la communication de vos résidents ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je vous remercie pour le temps que vous avez pris à compléter ce questionnaire. Un retour vous sera fait dès que possible

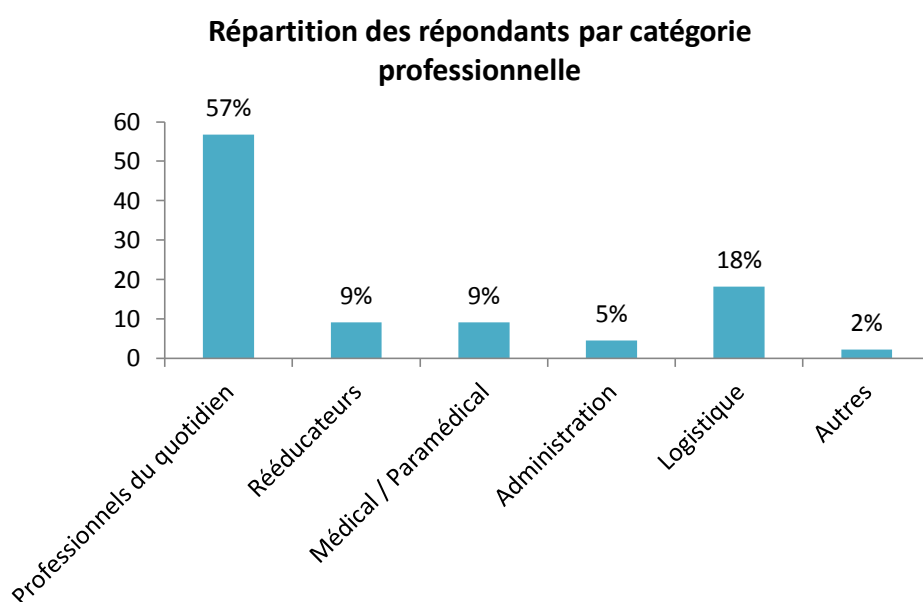
Clotilde (stagiaire orthophoniste) & Mélanie

Compte-rendu des résultats du questionnaire post-protocole : Evaluation de la faisabilité de la mise en place des outils sur la structure

1. Présentation de l'échantillon de l'enquête

Ce questionnaire s'adressait à tous les professionnels ayant bénéficié d'un outil de communication (porte-clefs kit de base et/ ou support du quotidien), toutes professions confondues. **76% des professionnels** (n=44/58) y ont répondu.

Concernant le **type de profession**, les répondants se répartissent comme indiqué sur le graphique ci-dessous :

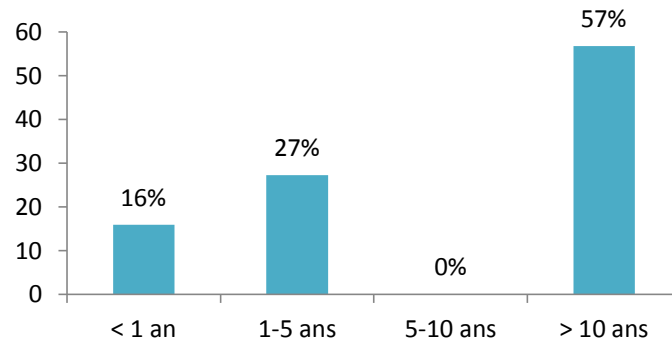


Graphique 1 Représentation graphique de la répartition des répondants par catégorie professionnelle (n=44)

Parmi les répondants se trouvent une majorité de professionnels du quotidien (n=25/44). Viennent ensuite les professionnels de la logistique et de l'administration (n=10/44), puis les rééducateurs (n=4/44) et les professionnels du médical (n=4/44).

Une grande majorité des répondants (n=25/44) est présent sur la structure depuis plus de 10 ans, en témoigne le graphique ci-dessous :

Ancienneté sur la structure



Graphique 2 Représentation graphique de l'ancienneté des professionnels de la structure (n=44)

Part des professionnels ayant répondu au questionnaire initial

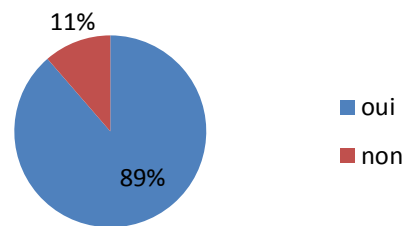


Figure 3 Représentation graphique des répondants en fonction de leur participation au questionnaire initial (n=44)

Parmi les répondants à ce questionnaire post-protocole, 89% (n=39/44) avaient eu la possibilité de répondre au questionnaire initial distribué au mois de décembre 2018.

2. A propos du contenu des outils

Adéquation du vocabulaire aux besoins des professionnels et des résidents

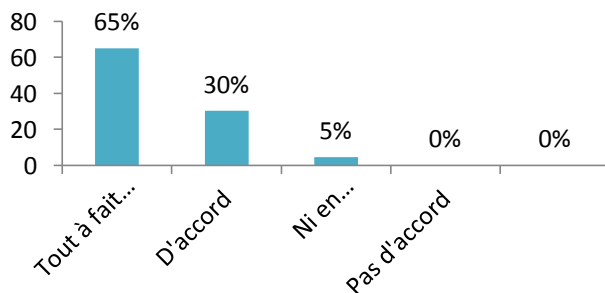


Figure 5 Représentation graphique de la répartition des répondants à la question "Le vocabulaire proposé correspondait à vos besoins et à ceux des résidents." (n=43)

Adéquation du vocabulaire aux spécificités des différentes professions

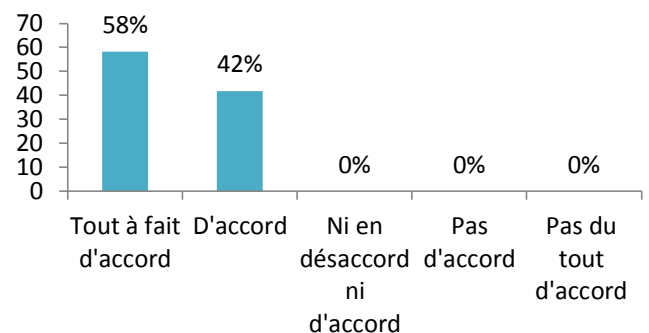


Figure 4 Représentation graphique des répondants à la question "Le vocabulaire proposé était adapté aux spécificités de votre profession."

95% des professionnels (n=41/43) sont tout à fait d'accord ou d'accord avec l'adéquation du vocabulaire proposé à leurs besoins et à ceux du résident. Les outils proposés sont donc écologiques dans leur contenu. De plus, **100%** (n=43/43) des professionnels les ont jugés spécifiques aux différentes professions.

A la question « Y a-t-il d'autres situations pour lesquelles un outil vous aurait été utile », la plupart des réponses évoquent les **sorties extérieures**.

3. A propos de la forme des outils

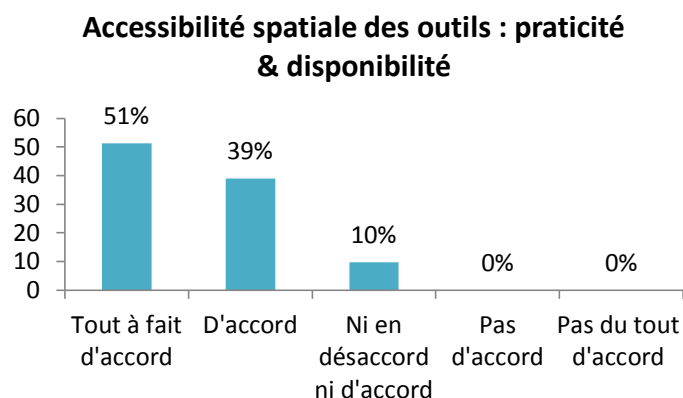


Figure 6 : Représentation graphique des répondants à la question : "Dans leur format, les supports proposés étaient pratiques et disponibles." (n=41)

90% des professionnels (n=37/41) sont tout à fait d'accord ou d'accord avec le fait que le format des outils était pratique, et les rendait disponibles (critère d'accessibilité spatiale).

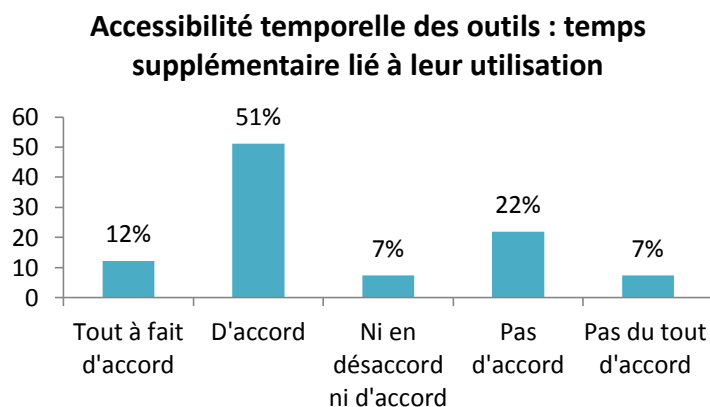


Figure 7 : Représentation graphique des répondants à la question : "L'utilisation de signes et / ou pictogrammes dans l'interaction avec les résidents demande du temps supplémentaire." (n=41)

Quant à l'**accessibilité temporelle des outils**, 29% (n=11/41) des professionnels trouvent que l'utilisation de signes et / ou pictogrammes en plus de la parole ne demande pas de temps supplémentaire dans l'interaction avec les résidents.

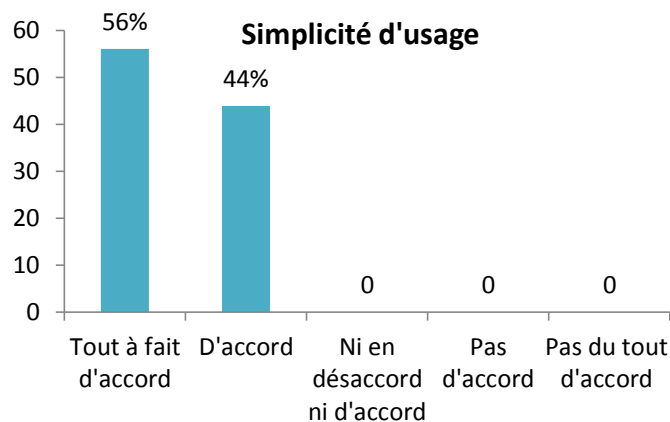


Figure 8 : Représentation graphique des répondants à la question : "Les supports proposés étaient simples à utiliser." (n=41)

100% des professionnels (=41/41) ont trouvé que les outils étaient simples à utiliser.

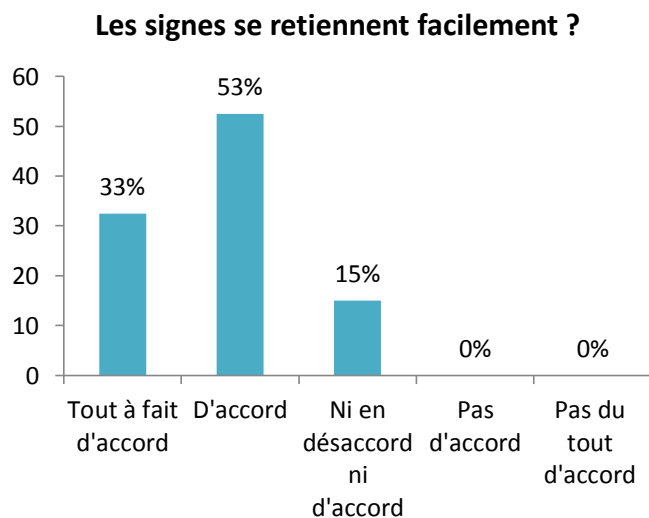


Figure 9: Représentation graphique des répondants à la question : "Les signes se retiennent facilement." (n=40)

85% (n=34/40) des professionnels sont tout à fait d'accord ou d'accord avec le fait que les signes se retiennent facilement.

Parmi les stratégies citées par les professionnels pour mémoriser les signes, la **répétition** (utilisation régulière) et les **créneaux d'accompagnement** sont ce qui ressort le plus.

Paramètre alternatif préférentiel

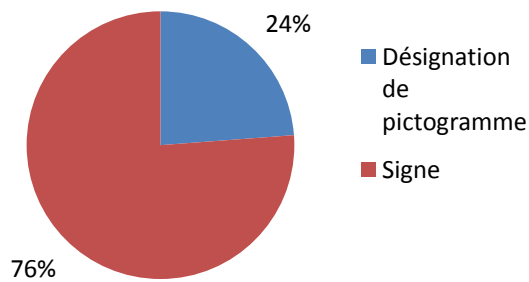


Figure 10: Représentation graphique des répondants à la question : "Avec quel paramètre alternatif, associé à la parole, étiez-vous le plus à l'aise ?" (n=42)

76% (n=32/42) des professionnels ont été plus à l'aise avec l'utilisation du signe. Les raisons évoquées par les professionnels sont son recours naturel et spontané, et la praticité de son utilisation (pas de support nécessaire).

4. A propos de l'information sur la communication et de la mise en place des supports

Participation des professionnels du quotidien à l'évaluation des résidents

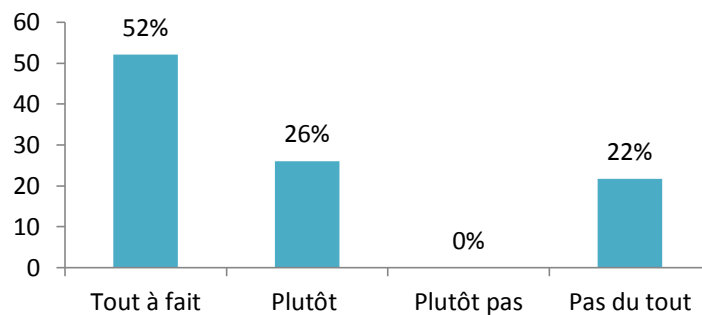


Figure 11: Représentation graphique des répondants à la question : "Avez-vous eu la possibilité de participer à l'évaluation de la communication de certains résidents de votre unité ?" (n=23)

Parmi les professionnels du quotidien ayant répondu à cette question, plus de la moitié (n=12/23) estiment avoir eu la possibilité de participer à l'évaluation de la communication de certains résidents de leurs unités. 22% (n=5/23) estiment ne pas y avoir du tout participé.

Présence à l'information initiale

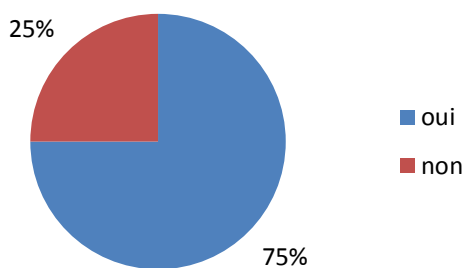


Figure 12: Représentation graphique des répondants à la question : "Avez-vous assisté à la réunion institutionnelle donnée le 19/03 sur la communication et ses troubles ou à la session bis proposée le 25/03 ?" (n=36)

Parmi l'ensemble des répondants, 75% étaient présents (n=27/36) à la réunion institutionnelle donnée sur la communication initiale et ses troubles, ou à la session bis. Pour rappel, cette réunion avait pour but de proposer une information initiale sur les profils de communication au sein de la MAS et les apports possibles des méthodes de CAA. Des ateliers pratiques ont ensuite été proposés aux professionnels pour découvrir les différents supports réalisés (kit de base, sets de table, supports pour la toilette, panneaux loisirs) que nous avons distribué à la fin de la réunion.

Intérêt de l'information initiale pour comprendre les outils

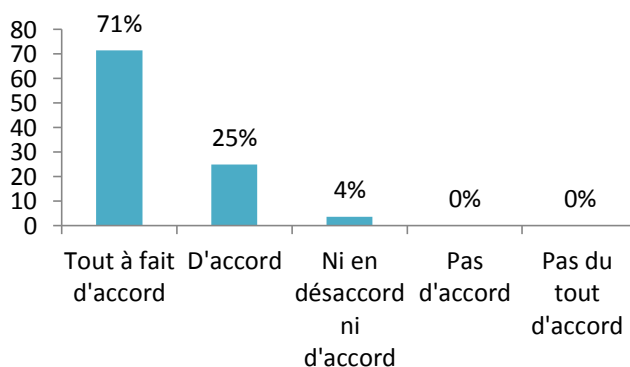


Figure 13: Représentation graphique des répondants à la question : "L'information vous a-t-elle permis de comprendre l'intérêt des outils proposés ?" (n=28)

96% (n=27/28) des professionnels sont tout à fait d'accord ou d'accord avec l'apport de cette information initiale dans la compréhension des outils proposés. De plus, **93%** des répondants (n=26/28) estiment que cette information leur a permis de comprendre l'intérêt de la multimodalité, critère clef des outils proposés.

Quant aux professionnels de la logistique, qui n'ont pas pu être présents lors de la réunion institutionnelle sur la communication, ils sont tous tout à fait d'accord avec le fait que l'atelier initial qui leur a été proposé leur a permis de comprendre la démarche et les outils (n=8/8)

Une autre proposition clef du protocole mis en place sur la structure a été les créneaux d'accompagnement, proposés à tous les professionnels ayant une intervention directe auprès des résidents (professionnels du quotidien, du médical, rééducateurs). Voici la répartition des répondants à la question : « Ces créneaux vous ont-ils permis de vous approprier vos outils et de gagner en confiance dans leur utilisation ? »

Degré d'adhésion	nb	%
Tout à fait d'accord	22	71
D'accord	4	13
Ni en désaccord ni d'accord	3	10
Pas d'accord	1	3
Pas du tout d'accord	1	3
total	31	100

Tableau 2: Répartition des répondants à la question : "Ces créneaux vous ont-ils permis de vous approprier vos outils et de gagner en confiance dans leur utilisation ? » (n=31)

Parmi les apports de l'accompagnement, les professionnels citent majoritairement la possibilité de s'imprégner, des signes, d'obtenir de nouvelles connaissances (outils, utilisation avec les résidents). Quatre professionnels évoquent des difficultés d'organisation / de présence à ces créneaux.

Parmi les 5 répondants qui ne sont ni « tout à fait d'accord » ni « d'accord » se trouvent 4 professionnels du paramédical pour lesquels nous ne sommes pas parvenus à trouver un créneau fixe, et un professionnel du quotidien qui ne travaille pas le jour où avait lieu le créneau d'accompagnement de son équipe.

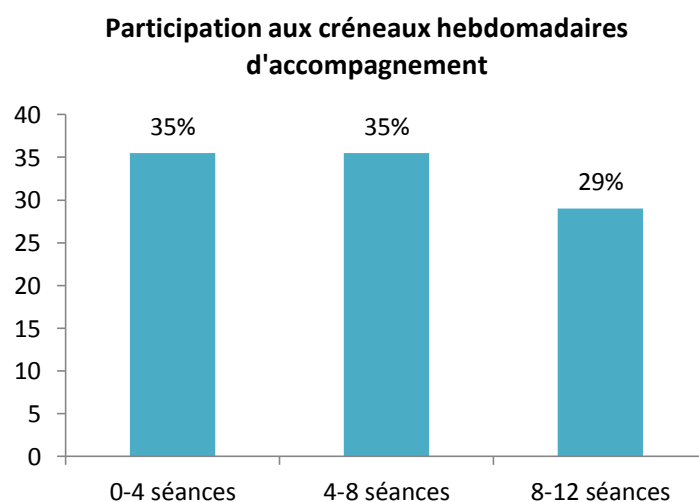


Figure 14: Représentation graphique des répondants à la question : " Combien de fois estimez-vous avoir pu y assister ? » (n=31)

Concernant l'accompagnement, la présence des professionnels aux créneaux hebdomadaires proposés pendant toute la durée du protocole s'est répartie de façon relativement uniforme. 35% des professionnels

(n=11/31) ont pu y assister entre 0 et 4 fois, 35% (n=11/31) entre 4 et 8 fois, et 29% (n=9/29) entre 8 et 12 fois sur les 12 créneaux proposés lors du protocole.

5. A propos de l'utilisation des supports

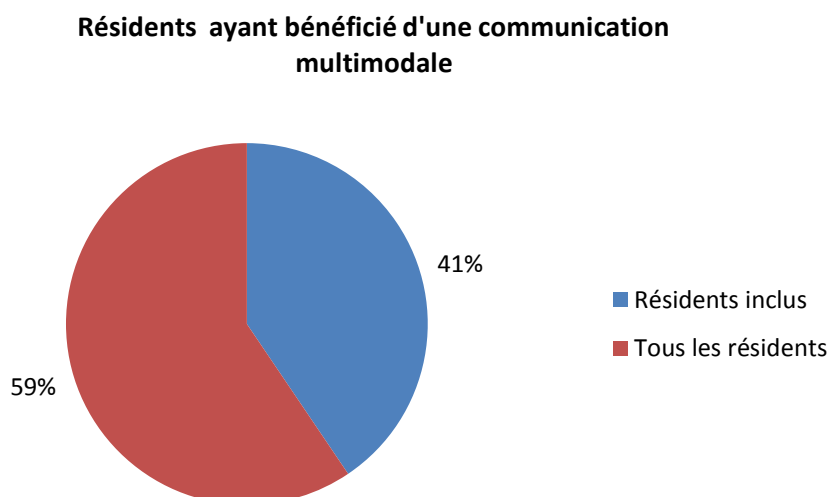
88% des professionnels (n=37/42) ayant utilisé un outil sur la période expérimentale sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec le fait d'avoir réussi à associer deux modalités dans leurs interactions avec les résidents.

Degré d'adhésion	Nb	%
Tout à fait d'accord	24	57
D'accord	13	31
Pas d'accord	3	7
Pas du tout d'accord	2	5
Total répondants	42	100

Tableau 3: Répartition des répondants à la question "Depuis le lancement du protocole, vous êtes parvenue.e à associer deux modalités dans vos interactions avec les résidents ».

Dans les éléments ayant facilité la participation des professionnels dans le protocole, sont retrouvés les créneaux d'accompagnement et la répétition (signes), le fait que les supports soient associés à une routine ou à un lieu, l'émulation institutionnelle et la réceptivité de certains résidents.

Pour les personnes n'ayant pas associé deux modalités lors du protocole, les raisons évoquées sont le manque de temps, le manque de contact avec les résidents (professionnels de l'administration) et la difficulté à se détacher de la modalité verbale.



La majorité des professionnels ont eu recours à une communication alternative et multimodale avec l'ensemble des résidents, sans distinguer ceux qui faisaient partie du protocole des autres résidents.

Degré d'adhésion	nb	%
Tout à fait	31	76
Plutôt	10	24
Plutôt pas	0	0
Pas du tout	0	0
Total	41	100

Tableau 4: Répartition des répondants à la question : "Etes-vous prêt.e à continuer à participer au développement de méthodes de Communication Alternative et Augmentée (signes, pictogrammes) sur la structure ?"

La totalité des répondants ont un degré d'adhésion positif pour poursuivre leur contribution à la mise en place de la démarche autour de la CAA sur la structure. Les attentes majeures des professionnels pour la suite sont : la généralisation de l'utilisation des supports (à d'autres résidents, aux professionnels entrant), la poursuite de l'accompagnement sur le long-terme, la formation et une automatisation de ces pratiques dans le quotidien.

Utilisation, avantages et inconvénients des supports

a) Kits de base

Le kit de base est l'un des supports les plus utilisés, **63%** des répondants (n=15/24) considèrent qu'il s'agit du support qu'ils ont le plus utilisé (soit *ex-aequo* avec le set de table midi / soir.)

Avantages	Limites
<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de l'avoir sur soi en permanence dans la poche de sa blouse - Intérêt des intercalaires : tri des pictogrammes par thématiques ; accès facilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelques professionnels le trouvent trop encombrant pour le garder dans leur poche

b) Sets de table midi / soir

Les sets de tables, dans leur version midi / soir, sont plébiscités par **63%** des répondants (n=15/24).

Avantages	Limites
<ul style="list-style-type: none"> - Transportable facilement - Intuitif - Midi = meilleur moment (plus d'effectif donc professionnels plus disponibles) 	<ul style="list-style-type: none"> - Taille un peu juste pour les résidents mangeant sur un plateau - Pas pratique avec les résidents qui ont des difficultés à s'alimenter (gestes peu précis, éparpillement de la nourriture) et nécessitent une grande serviette qui couvre le set.

Il est à noter que la déclinaison du set de table pour le petit déjeuner (version matin) est l'un des supports les moins plébiscités, puisque **43%** des répondants (n=9/21) considèrent qu'il fait partie des supports qu'ils ont le moins utilisés.

c) *Support pour la toilette*

Le panneau affiché dans la salle de bain pour la routine toilette / habillage est plébiscité par **50%** des répondants (n=12/24).

Avantages	Limites
- Format pratique : déjà en place, directement à portée de main - Relation duelle avec le résident, moment de disponibilité plus importante des professionnels	Pas de limite évoquée dans le questionnaire.

d) *Panneau loisirs*

Le panneau loisirs est le support le moins utilisé pour **71%** des répondants (n=15/21).

Avantages	Limites
Pas d'avantage évoqué dans le questionnaire.	- Placement moins stratégique - Plus difficile d'y penser

6. A propos de la place de la communication dans la pratique

Voir **annexe 13** : Représentation graphique des résultats pour les questions communes au questionnaire initial et au questionnaire post-utilisation expérimentale des outils

7. A propos des situations de communication du quotidien

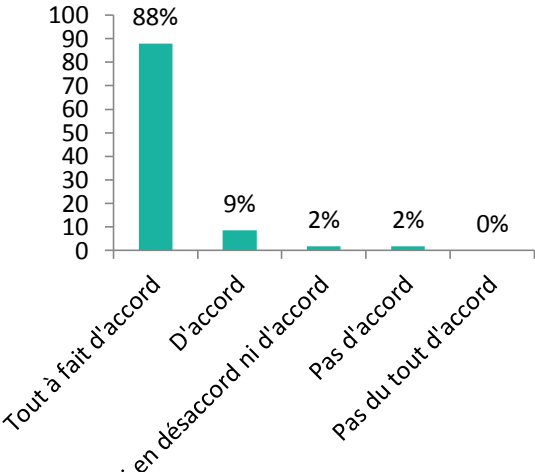
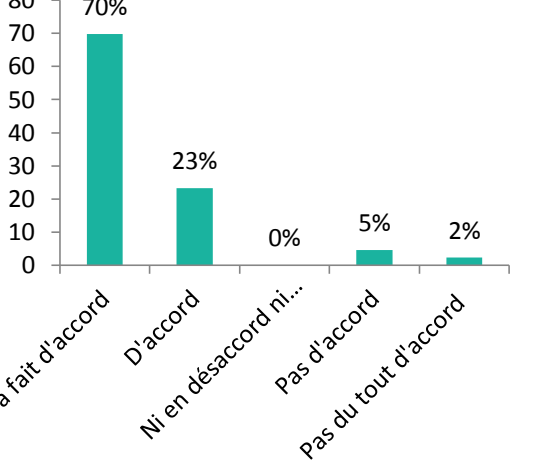
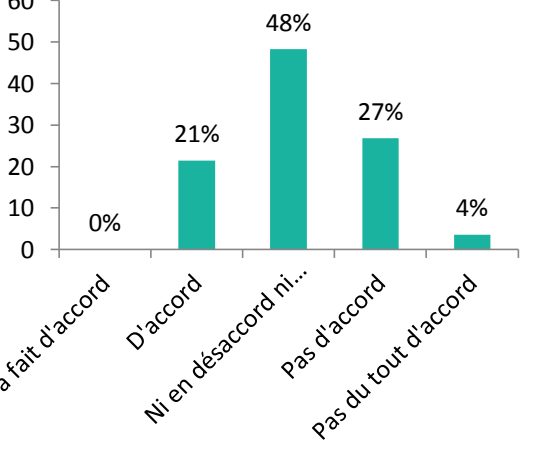
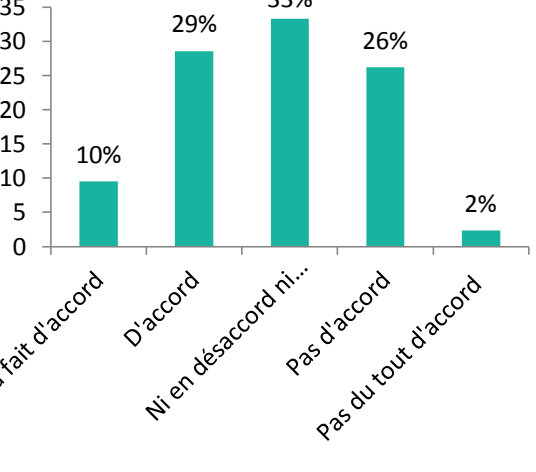
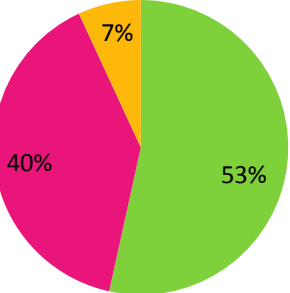
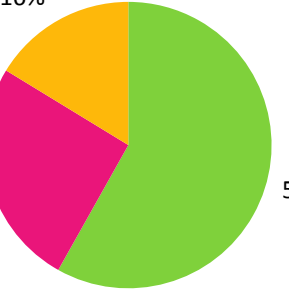
Voir **annexe 13** : Représentation graphique des résultats pour les questions communes au questionnaire initial et au questionnaire post-utilisation expérimentale des outils

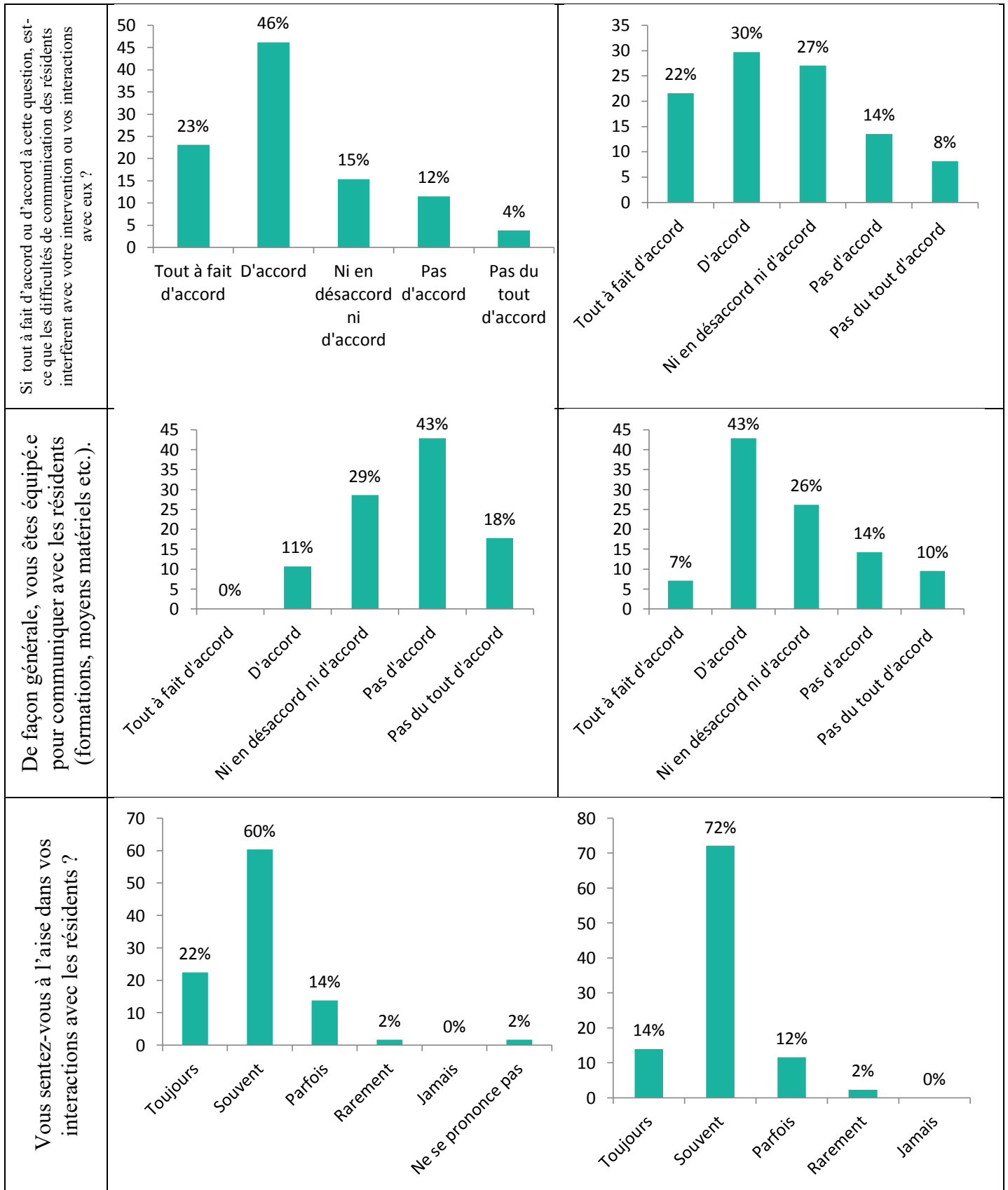
Pour conclure...

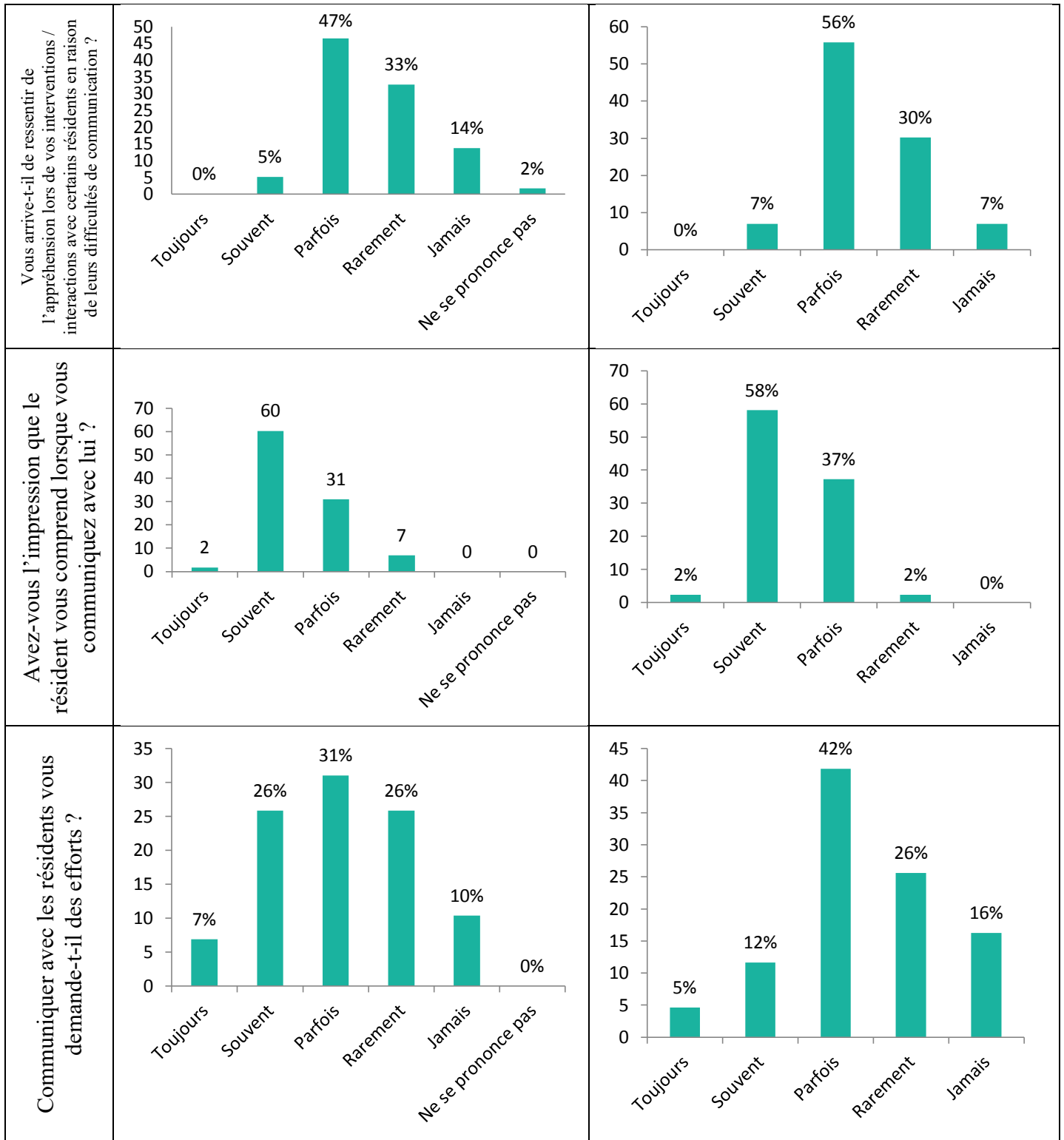
Ce que les professionnels retiennent de ce protocole dans son ensemble :

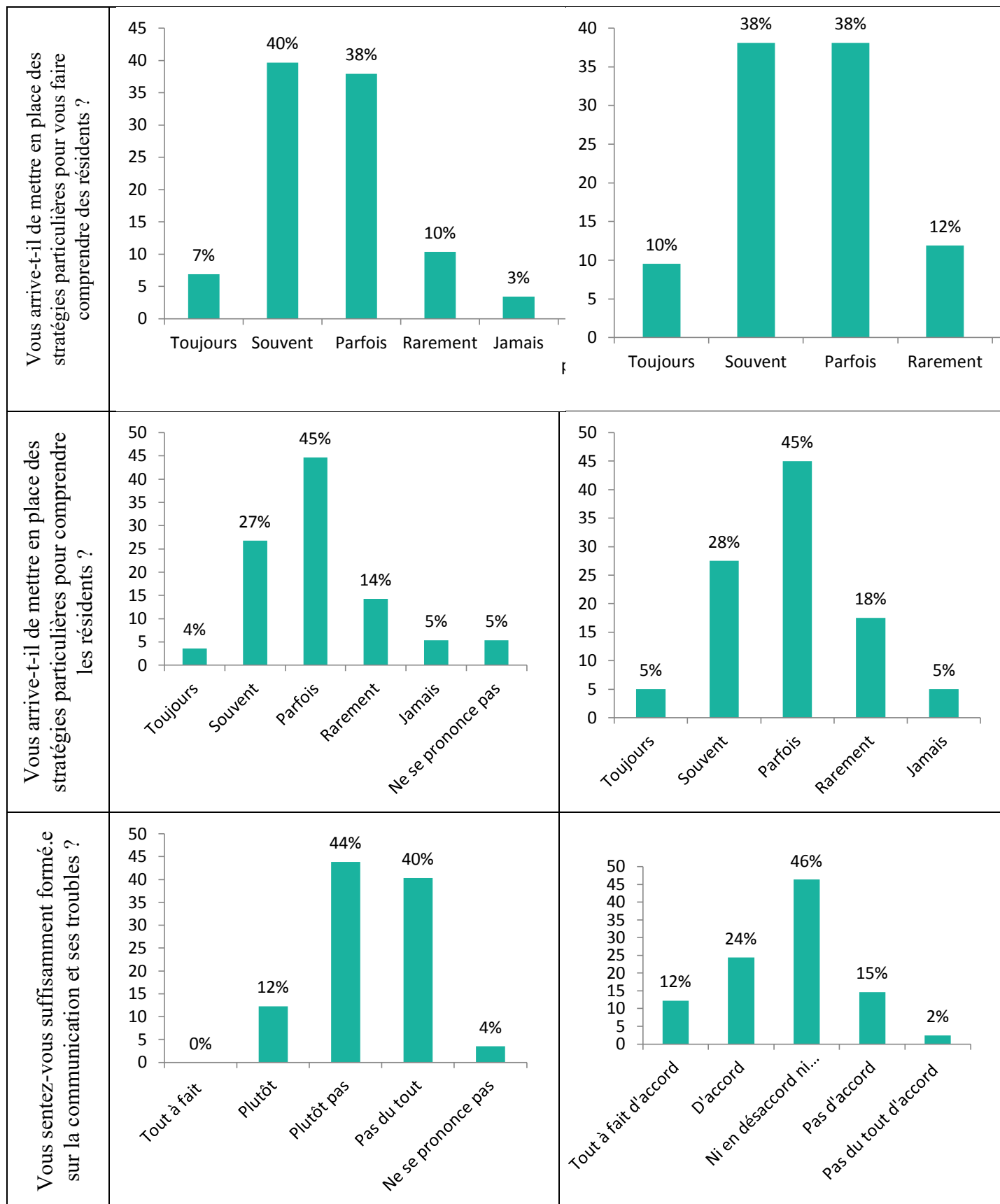
- une **meilleure communication** avec le résident (meilleure compréhension du résident grâce aux supports qui élargissent la communication)
- **nouveau regard sur le résident** (ses compétences, ses possibilités d'apprentissage)
- prises de conscience sur le **rôle et la responsabilité du professionnel** dans l'interaction avec le résident

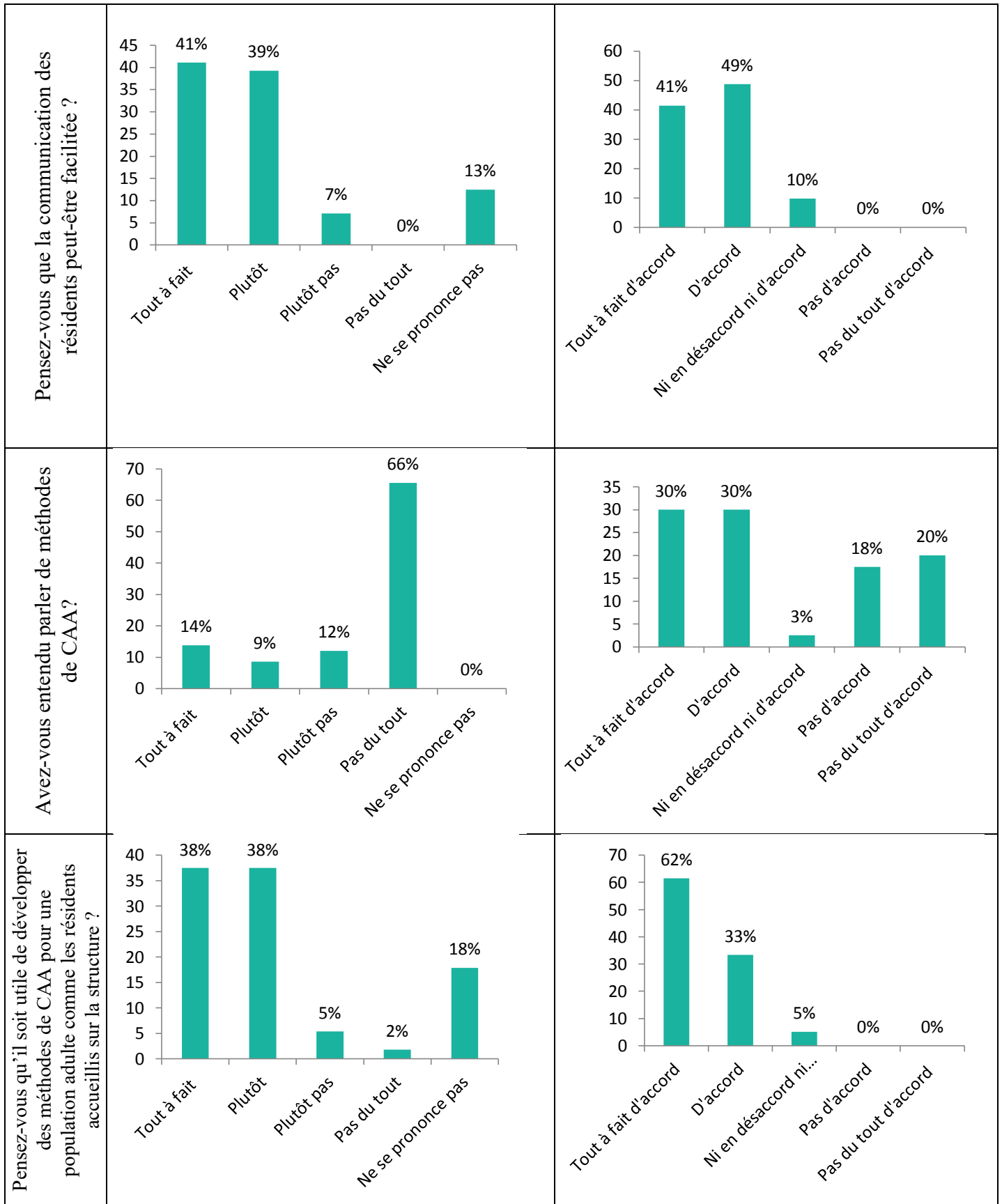
Annexe 13 : Représentation graphique des résultats pour les questions communes au questionnaire initial et au questionnaire post-utilisation expérimentale des outils

Question	Questionnaire initial	Questionnaire post-protocole																								
La communication tient une place importante dans vos interventions auprès des résidents.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tout à fait d'accord</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>D'accord</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>Ni en désaccord ni d'accord</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Pas du tout d'accord</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Tout à fait d'accord	88%	D'accord	9%	Ni en désaccord ni d'accord	2%	Pas d'accord	2%	Pas du tout d'accord	0%	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tout à fait d'accord</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>D'accord</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>Ni en désaccord ni d'accord</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Pas du tout d'accord</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Tout à fait d'accord	70%	D'accord	23%	Ni en désaccord ni d'accord	0%	Pas d'accord	5%	Pas du tout d'accord	2%
Catégorie	Pourcentage																									
Tout à fait d'accord	88%																									
D'accord	9%																									
Ni en désaccord ni d'accord	2%																									
Pas d'accord	2%																									
Pas du tout d'accord	0%																									
Catégorie	Pourcentage																									
Tout à fait d'accord	70%																									
D'accord	23%																									
Ni en désaccord ni d'accord	0%																									
Pas d'accord	5%																									
Pas du tout d'accord	2%																									
Il est facile de communiquer avec les résidents.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tout à fait d'accord</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>D'accord</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Ni en désaccord ni d'accord</td> <td>48%</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>Pas du tout d'accord</td> <td>4%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Tout à fait d'accord	0%	D'accord	21%	Ni en désaccord ni d'accord	48%	Pas d'accord	27%	Pas du tout d'accord	4%	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tout à fait d'accord</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>D'accord</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>Ni en désaccord ni d'accord</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>Pas du tout d'accord</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Tout à fait d'accord	10%	D'accord	29%	Ni en désaccord ni d'accord	33%	Pas d'accord	26%	Pas du tout d'accord	2%
Catégorie	Pourcentage																									
Tout à fait d'accord	0%																									
D'accord	21%																									
Ni en désaccord ni d'accord	48%																									
Pas d'accord	27%																									
Pas du tout d'accord	4%																									
Catégorie	Pourcentage																									
Tout à fait d'accord	10%																									
D'accord	29%																									
Ni en désaccord ni d'accord	33%																									
Pas d'accord	26%																									
Pas du tout d'accord	2%																									
Les résidents présentent des difficultés de communication.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tout à fait d'accord</td> <td>53%</td> </tr> <tr> <td>D'accord</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>Ni en désaccord ni d'accord</td> <td>7%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Tout à fait d'accord	53%	D'accord	40%	Ni en désaccord ni d'accord	7%	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tout à fait d'accord</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>D'accord</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>Ni en désaccord ni d'accord</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Tout à fait d'accord	58%	D'accord	26%	Ni en désaccord ni d'accord	16%	Pas d'accord	0%						
Catégorie	Pourcentage																									
Tout à fait d'accord	53%																									
D'accord	40%																									
Ni en désaccord ni d'accord	7%																									
Catégorie	Pourcentage																									
Tout à fait d'accord	58%																									
D'accord	26%																									
Ni en désaccord ni d'accord	16%																									
Pas d'accord	0%																									

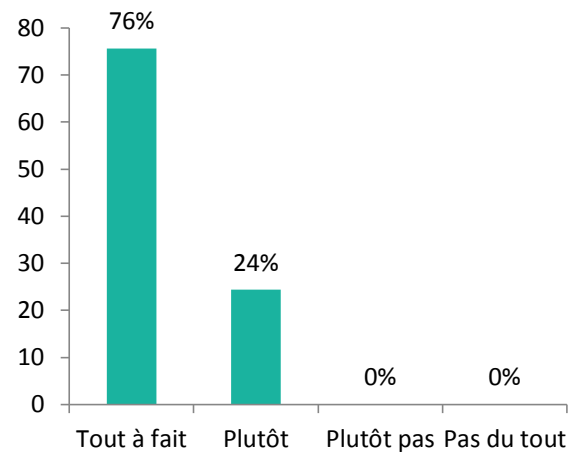
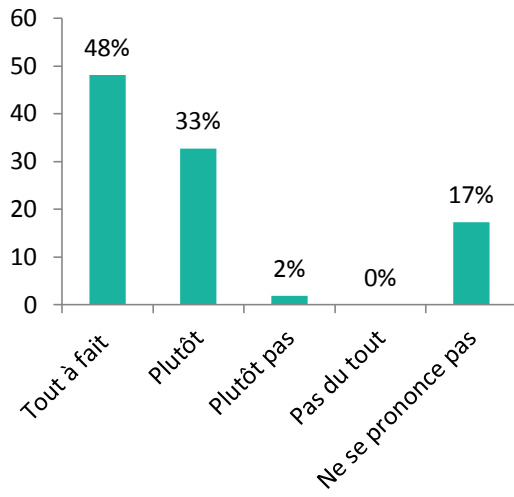








Seriez-vous prêt.e à contribuer au développement de ce type de méthodes sur la structure ?



(Variante pour la formulation sur le questionnaire post-utilisation : « Etes-vous prêt.e à continuer à participer au développement de méthodes de Communication Alternative et Augmentée (signes, pictogrammes) sur la structure ? »)

RESUME

Notre étude porte sur la mise en place d'outils de Communication Alternative et Améliorée au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée, à destination de résidents adultes (critère d'inclusion principal) ayant accès au symbolisme et de leur écosystème. Plus précisément, cette étude a pour but d'évaluer la faisabilité de la mise en place de ces supports de CAA au sein de la structure. Comme le suggère la modélisation de l'OMS (2001), nous proposons une approche environnementale appliquée à la communication. Ainsi, il s'agit d'agir sur l'environnement humain, ici l'écosystème professionnel, pour réduire les situations de handicap de communication. Pour ce faire, nous avons créé des supports de communication alternatifs multimodaux (pictogrammes, signes issus du makaton), spécifiques aux différentes catégories professionnelles et multimodaux. Nous avons ensuite proposé un protocole sur une durée de douze semaines. Il comporte une information initiale sur les bénéfices de la CAA dans le cadre de troubles de la communication ainsi qu'un accompagnement hebdomadaire des professionnels pour soutenir leur connaissance et leur appropriation de ces outils avec les résidents. Grâce à un cahier des charges des outils précis (écologie, accessibilité etc.) et à un accompagnement des professionnels, les résultats (obtenus par questionnaire) suggèrent que la mise en place d'outils de CAA dans une approche environnementale est faisable.

Mots-clefs: Communication Alternative et Améliorée (CAA), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), handicap de communication, approche environnementale, création d'outils, faisabilité

Abstract

Our study focuses on the implementation of Augmentative and Alternative Communication (AAC) tools within a Specialized Care Centre, targeting adult residents (main inclusion criterion) having access to symbolism and their ecosystem. More precisely, this study aims to evaluate the feasibility of installing these AAC supports within the structure. As suggested by the WHO modelling (2001), we propose an environmental approach applied to communication. Thus, the aim is to act on the human environment, in this case the professional ecosystem, to reduce situations of communication disability. In order to do this, we have created alternative multimodal communication media (pictograms, signs from the Makaton), specific to the different professional and multimodal categories. We then proposed a 12-week long protocol. It includes initial information on the benefits of AAC in the context of communication disorders as well as weekly support for professionals to support their knowledge and appropriation of these tools with the residents. Thanks to precise tool adapted to the specifications (ecology, accessibility, etc.) and support from professionals, the results (obtained by questionnaire) suggest that the implementation of AAC tools in an environmental approach is feasible.

Key words: Augmentative and Alternative Communication (AAC), Specialized Care Centre, communication disability, environmental approach, creation of tools, feasibility