

# UNIVERSITE DE NANTES

---

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques Médicales »

Année Universitaire 2010/2011

## MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DU CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Présenté par : **Alexandre THOUENON** (né le 23/09/1984)

**TRAVAIL D'UN ORTHOPHONISTE DANS LE CADRE D'UN FOYER  
D'ACCUEIL MEDICALISE AVEC UNE RECONNAISSANCE AUTISME ;  
TRAVAIL AUTOUR DES BESOINS DE CETTE POPULATION :  
QUELLES AIDES VISUELLES ? ET COMMENT LES METTRE EN  
PLACE ?**

Président du Jury: Mr CHRISTIAN TILLIER, Professeur des écoles spécialisé.

Directrice du Mémoire : Mme EMMANUELLE PRUDHON, Orthophoniste.

Membre du Jury : Mr RENE TUFFREAU, Pédiopsychiatre.

# ***SOMMAIRE***

Introduction .....	5
<b><u>PARTIE 1</u> : Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Lucines ».....</b>	<b>7</b>
1. Présentation : qu'est ce qu'un FAM ? .....	7
1.1 Définition.....	7
1.2 Législation .....	7
2. Les Lucines .....	8
2.1 Projet d'établissement .....	8
2.2 L'organisation .....	12
2.2.1 Responsabilité et fonctions : le besoin indispensable d'une collaboration entre le soin et l'éducatif.....	12
2.2.2 Le fonctionnement institutionnel.....	12
2.2.3 L'organisation spatiale de l'établissement .....	16
2.3 La population du FAM .....	16
2.3.1 Répartition homme/femme par rapport au type d'accueil .....	17
2.3.2 Une population jeune.....	18
2.3.3 Des pathologies diverses avec tout de même, une forte dominante troubles envahissants du développement.....	18
2.4 Les Lucines : un FAM avec une reconnaissance autisme .....	21
2.5 Un FAM avec une orthophoniste.....	24
2.5.1 Législation/présentation .....	24
2.5.2 Quel est le rôle de l'orthophoniste au sein du FAM ? .....	24
<b><u>PARTIE 2</u> : Les aides visuelles comme outil de communication privilégié .....</b>	<b>27</b>

<b>1 Les spécificités de la personne avec autisme .....</b>	<b>28</b>
<b>1.1 Anomalies perceptives et intégratives des différents mouvements et du flux sonore .....</b>	<b>28</b>
<b>1.2 Sensibilité sensorielle .....</b>	<b>29</b>
<b>1.3 Intérêts et routines.....</b>	<b>32</b>
<b>1.4 Motricité globale .....</b>	<b>32</b>
<b>1.5 Au niveau cognitif.....</b>	<b>32</b>
<b>1.6 Socialisation.....</b>	<b>32</b>
<b>1.7 Emotions.....</b>	<b>33</b>
<b>1.8 Voix .....</b>	<b>33</b>
<b>1.9 Communication .....</b>	<b>33</b>
<b>2 Les aides visuelles.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 Bilan orthophonique.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2 Présentation des aides visuelles .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.1 Les aides à afférences visuelles statiques.....</b>	<b>40</b>
<b>2.2.2 Les aides à afférences visuelles dynamiques .....</b>	<b>43</b>
<b>2.2.3 Les aides à afférences visuelles statiques et dynamiques .....</b>	<b>46</b>
<b>2.3 Comment sont choisies ces aides visuelles ? .....</b>	<b>49</b>
<b>2.3.1 Le ComFor .....</b>	<b>50</b>
<b>2.3.2 Les besoins en aides visuelles.....</b>	<b>57</b>
<b>2.4 Comment les mettre en place ? .....</b>	<b>62</b>
<b><u>PARTIE 3</u> : Les Lucinois et leurs aides visuelles .....</b>	<b>66</b>
<b>1 Les 23 Lucinois.....</b>	<b>66</b>
<b>1.1 Cas de X .....</b>	<b>.....</b>
<b>1.1.1 Diagnostic médical .....</b>	<b>.....</b>
<b>1.1.2 Bilan orthophonique .....</b>	<b>.....</b>
<b>1.1.3 Historique des aides visuelles mises en place.....</b>	<b>.....</b>

1.1.4 Etat des lieux.....	
1.1.5 Perspectives .....	
2 Les limites de ce système de communication mis en place autour des aides visuelles .....	110
2.1 Par rapport à la personne .....	110
2.2 Par rapport à la famille .....	111
2.3 Par rapport aux professionnels.....	112
Conclusion.....	115
Bibliographie.....	117
Annexes .....	122

## ***INTRODUCTION***

L'idée de ce mémoire découle d'un constat simple : le travail d'un orthophoniste dans un foyer d'accueil médicalisé accueillant des personnes adultes présentant de l'autisme, pour la majorité, s'avère être assez méconnu.

Lors d'une rencontre avec Emmanuelle Prudhon, orthophoniste, nous avons échangé sur l'exercice de sa profession au sein du foyer d'accueil médicalisé des Lucines. Elle m'a ainsi exposé les particularités du travail d'un orthophoniste dans une telle structure : exercice en équipe pluridisciplinaire avec une population adulte ayant comme pathologie dominante l'autisme.

Quelles sont les caractéristiques et les besoins de ces personnes ? Et comment l'orthophoniste travaille-t-il avec elles ?

Nous allons donc nous intéresser à ce qui constitue une partie importante de cet exercice : l'action autour des aides à la communication, et plus particulièrement autour des aides visuelles. Celles-ci regroupent tous les moyens communicationnels permettant d'évoluer vers plus d'autonomie, et dont un des modes d'afférence est visuel. Elles peuvent être particulièrement utiles dans un trouble tel que l'autisme pour deux raisons majeures : les particularités sensorielles caractérisant les personnes avec autisme, et les capacités communicatives, qui apparaissent diminuées et limitées de façon significative.

Mais pourquoi ces aides ? Comment les choisir ? Et comment les mettre en place ?

Dans une première partie, nous présenterons l'établissement des Lucines, son projet, son organisation, sa population et sa reconnaissance autisme. Cela nous permettra d'avoir une connaissance précise du cadre dans lequel il va y avoir un besoin d'aides visuelles.

Dans une seconde partie, nous parlerons des aides visuelles comme outil de communication privilégié. Après avoir décrit les spécificités de la personne avec autisme, nous en ferons une présentation. Nous verrons comment les choisir et comment les mettre en place.

Enfin, dans une troisième partie nous illustrerons tout cela en nous appuyant sur le travail effectué aux Lucines avec les 23 résidents et les différents professionnels. De là, nous

terminerons en apportant un point de vue plus critique sur ces aides visuelles et leur mise en place au sein d'une institution.

Ce mémoire est basé sur des recherches bibliographiques, sur de nombreux échanges avec des professionnels, ainsi que sur une année d'expérience au sein de l'établissement des Lucines. Il propose donc d'exposer et d'expliquer les particularités du travail d'un orthophoniste, en collaboration avec de nombreux autres professionnels, dans une telle structure, auprès de personnes adultes avec autisme.

Nous allons fixer dans un premier temps le cadre en présentant le Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Lucines ».

## **PARTIE 1 : *Le Foyer d'Accueil Médicalisé* : « *Les Lucines* ».**

### **1. Présentation : qu'est-ce qu'un FAM ?**

#### 1.1. Définition.

D'après le glossaire des établissements de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : « les FAM, anciennement dénommés foyers à double tarification, ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées. Les résidants ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi que d'une surveillance et de soins constants.

Les FAM accueillent en internat, semi-internat, externat, accueil de jour, accueil temporaire (interne ou externe), en accueil séquentiel ou encore en urgence. »

Ces foyers d'accueil existent depuis 1986 et leur nombre ne cesse de croître.

#### 1.2. Législation.

Selon l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées : « il est créé des établissements 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. »

Parmi ces établissements destinés à l'accueil de personnes adultes handicapées nous trouvons les Foyers d'Accueil Médicalisés.

Ces foyers voient leur champ d'application déterminé par la circulaire n°86-6 du 14 février 1986 (circulaire relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés : les foyers à double tarification).

La loi du 2 janvier 2002 (loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale) régit et organise les missions des établissements, et celle du 11 février 2005 (loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) instaure le droit à la compensation.

Enfin, le décret du 20 mars 2009 (décret n° 2009-232 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie) donne corps aux Foyers d'Accueil Médicalisés accueillant des adultes présentant une grave déficience intellectuelle avec ou sans troubles du comportement et dont la dépendance requiert l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

## **2. Les Lucines.**

Le FAM « les Lucines » est un foyer d'accueil médicalisé pour adultes avec un handicap mental. Il se trouve à la périphérie de l'agglomération nantaise, dans la ville de Saint-Sébastien sur Loire.

Cet établissement a ouvert ses portes le 1er janvier 2008 et est géré par l'ADAPEI 44. Il dispose aujourd'hui d'une capacité d'accueil de 22 places, plus une place en accueil temporaire.

### **2.1. Le projet d'établissement.**

La cohérence entre les différents acteurs de l'accompagnement s'avère être la base du travail en foyer d'accueil médicalisé, du fait des particularités des personnes accueillies et de leurs difficultés à faire des liens.

La construction du projet d'établissement a débuté au mois d'avril 2007. Il est le fruit d'un travail de réflexion commun entre l'ensemble des acteurs des Lucines, sur la base d'échanges et de dialogues permanents. La qualité de vie et le bien-être des personnes accueillies sont au cœur de ce projet, qui s'appuie sur un certain nombre de valeurs essentielles :

-Le respect de la dignité de la personne : il s'agit de la reconnaissance d'autrui, du respect de sa différence, de ce qu'il est, de ses envies et de ses besoins. Quelles que soient leurs difficultés de communication, il apparaît primordial d'établir un lien, une relation de confiance, afin de pouvoir répondre de la façon la plus adaptée possible à ces principes de vie. Il convient donc d'agir et de travailler avec la personne en prenant en compte son avis ainsi que celui de son représentant légal, et en mettant en place des activités valorisantes pour elle.

-La garantie du bien-être et de la sécurité : pour leur bien-être, les personnes doivent être assurées d'une sécurité physique et psychique. Quotidiennement, il convient de protéger la personne contre les dangers, de lui proposer un cadre de vie sécurisant, d'être à l'écoute de sa douleur et de ses besoins.

-Le respect de l'intimité et de la vie privé : ce droit fondamental doit être présent dans la conduite du projet, sur le plan architectural, en vérifiant son application dans la construction des espaces de vie, mais aussi en évitant le plus possible une ingérence dans la vie personnelle. De plus, lors des soins d'hygiène, il est primordial de s'interroger sur le respect de l'autre et de soi.

-Le respect de l'identité : Il est nécessaire de permettre à la personne accueillie d'exprimer à sa manière, ses possibilités, ses besoins, son histoire familiale et culturelle afin de prendre en compte toute sa singularité dans l'accompagnement au quotidien.

-Le respect de la liberté de choix : Les personnes doivent impérativement pouvoir être entendues quant à leurs demandes, leurs refus.

-Organisation et solidarité : La particularité des personnes accueillies contribue à rendre leur accompagnement complexe. Cette situation requiert une attention particulière de l'ensemble des acteurs. Elle nécessite une démarche partenariale en interne comme en externe et une solidarité entre les professionnels, les familles, et les autres acteurs du territoire.

Le FAM « les Lucines » est confronté à de nombreux enjeux. Le projet d'établissement développe donc ses principales orientations en accord avec ces enjeux, tout en s'appuyant sur la participation des résidents et de leurs proches, la compétence des personnels, la coordination des soins et de l'éducatif, et la participation ainsi que l'implication des équipes à l'évaluation des actions engagées.

Il intègre en permanence une réflexion éthique sur les pratiques quotidiennes, et prend en compte la diversité des différentes situations rencontrées.

Chaque professionnel, au service des personnes accueillies et de leurs proches, s'appuie sur un socle de valeurs communes que l'on retrouve au cœur du projet du foyer:

- La compétence individuelle,
- La responsabilité individuelle de ses actes, de ses soins et de ses jugements,
- L'intégrité,
- Le respect des autres,
- L'importance d'organiser le travail en équipe.

Les grands axes du projet, compte tenu de la population accueillie, sont déclinés de la façon suivante :

- Mieux observer les comportements pour lutter contre la douleur et le mal-être par le biais de l'analyse fonctionnelle du comportement,
- Développer des soins du bien-être,
- Repérer et éviter les facteurs de la maltraitance,
- Maintenir une organisation performante de façon permanente (24h/24),
- Coordonner les actions des différents intervenants au sein de l'établissement,
- Formaliser et évaluer les procédures d'interventions des prestations médicales externes,

-Travailler les outils de transmission ciblée entre les professionnels du soin et ceux de l'encadrement éducatif,

-Définir les compétences et qualifications au sein des équipes en cohérence avec la nature des soins.

Par ailleurs, il apparaît essentiel d'évoquer la place que tient la démarche bientraitance au sein de ce projet. Conformément à la circulaire du 22 mars 2009 et en accord avec le guide des bonnes pratiques de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), le FAM des Lucines a fait de cette démarche un engagement permanent.

La bientraitance et la maltraitance sont des notions appréhendées au quotidien par les professionnels du foyer de par les pathologies présentes.

Les objectifs s'inscrivent donc dans une démarche de qualité de services, dans une dynamique de développement d'une culture collective de la bientraitance, dans la mise en place d'un référentiel commun traduisant les valeurs de l'institution, les engagements et principes en matière d'accompagnement. Cette démarche prend donc toute sa dimension dans le projet d'établissement des Lucines.

Ensuite, le décret de mars 2009 définit des orientations dont découlent directement les missions du FAM des Lucines.

Les missions retenues sont les suivantes :

- Une réponse aux besoins courants de la vie,
- Une aide et une assistance à l'absence d'autonomie,
- Un accompagnement à l'épanouissement et aux progrès de la personne,
- Une ouverture vers l'environnement socioculturel pour favoriser l'intégration des personnes dans la cité,
- Un maintien des liens avec les familles,

-Un partenariat avec les organismes et associations de soins et un travail en réseau avec d'autres établissements,

-Une obligation de vigilance dans le cadre d'une démarche de bientraitance pour assurer le bien-être des personnes et celui des salariés,

-Une formation spécifique pour les salariés afin d'assurer un service satisfaisant auprès des personnes en particuliers les personnes présentant des troubles autistiques,

-Une organisation favorisant la petite unité de vie.

## 2.2. L'organisation.

2.2.1. Responsabilité et fonctions : le besoin indispensable d'une collaboration entre le soin et l'éducatif.

Chacune des catégories professionnelles possède sa logique et sa culture, et va mettre en œuvre les réponses qui lui paraissent les plus pertinentes face aux besoins repérés. Il y a là un risque de juxtaposition, voire de cloisonnement des équipes et de morcellement des personnes accueillies. Dans le travail et la proposition d'organisation, la direction des Lucines a eu à cœur de promouvoir l'interdisciplinarité, dans le respect de l'unicité de chaque personne. Ainsi, les différentes catégories de professionnels présentes au sein de l'établissement ont été choisies par rapport à la complémentarité de leurs compétences afin d'assurer l'accompagnement le plus adapté possible.

Il est important de noter que dans le cadre de l'évaluation de la qualité, un entretien professionnel de progrès a lieu chaque année avec la direction afin de faire un bilan avec chaque salarié sur ses compétences et sur l'amélioration de son travail. Ceci dans un but d'ajustement permanent des besoins de soutien et de formation.

(Organigramme ; Cf annexes)

### 2.2.2. Le fonctionnement institutionnel.

Ce fonctionnement a pour but de garantir une place à chacun au sein de l'institution, aux résidents comme aux professionnels.

Au sein de l'établissement, le fonctionnement du travail s'organise autour de réunions. Dans leurs diverses formes, elles permettent aux professionnels de s'exprimer sur leurs difficultés et de coordonner leurs actions, ce qui est primordial. Elles permettent également une concentration des regards sur une personne en particulier au travers, entre autres, de la réévaluation annuelle du projet individuel.

Les réunions servent à l'échange d'idées, à prendre des décisions, à superviser et à évaluer les différentes interventions. Elles engagent à cet égard l'ensemble de l'équipe institutionnelle (chef de service et cadre de soins qui animent les réunions, psychiatre, équipe éducative, équipe soignante, équipe thérapeutique).

Différents types de réunions sont mises en place.

#### *La réunion institutionnelle ou pédagogique.*

C'est un lieu de construction et de perspectives pour mener le projet d'établissement réunissant l'ensemble de l'équipe pour aborder, parfois avec les parents élus au CVS, les projets d'avenir. Ce peut être également un lieu d'information et de coordination générale. Elles ont lieu trois fois par an.

#### *La réunion d'unité.*

Elle est hebdomadaire et a pour but de permettre, régulièrement, à chaque équipe de se rencontrer afin de coordonner leurs interventions, leur emploi du temps, leurs activités de la semaine etc...

Compte tenu de la multiplicité des intervenants, cette coordination est indispensable. Sa qualité conditionne la cohérence des actions sans quoi aucun travail efficace n'est possible.

#### *La réunion de coordination.*

Cette réunion regroupe les deux éducateurs coordinateurs, qui élaborent le planning de la personne concernée, et qui veillent à la cohérence des actions mises en place.

#### *La réunion clinique.*

Cette réunion permet de faire le lien entre la pratique et la théorie. Par conséquent, c'est également une instance de « formation » et d'apports cliniques. Le travail se fait dans le cadre d'une complémentarité des intervenants : les uns apportent leur expérience ou leur vécu de terrain, les autres des éléments théoriques.

Cet éclairage clinique permet de répondre aux interrogations des professionnels et d'échanger autour des positionnements propres des membres de l'équipe.

#### *La réunion projet individuel ou synthèse.*

Son objet est de mettre en place ou, à terme, d'évaluer régulièrement l'adaptation du projet individuel proposé (1fois/an), pour ensuite déterminer les orientations psychopédagogiques et thérapeutiques pour l'année suivante. Elle appelle la présence de l'ensemble des professionnels du quotidien. Confirmé par la loi 2002-2, le projet individuel concentre l'ensemble des interventions proposées et représente un outil de suivi et d'évaluation incontournable annexé au contrat de séjour.

Ce document est rédigé après avoir été discuté lors des réunions de synthèse et des rencontres avec la famille. Il est ensuite diffusé à l'ensemble du personnel directement concerné après validation définitive.

Le projet individuel est lié au rapport de synthèse dont il est la conclusion. C'est un document de transparence car il témoigne de la nature de la prise en charge auprès des familles, des tutelles ou tout autre ayant un droit de regard sur la personne ou l'institution.

Dans un établissement fonctionnant jour et nuit, toute l'année, la diffusion de l'information est un enjeu fondamental pour la cohésion d'intervention des équipes. L'information orale, en temps de réunion et hors temps de réunion, est extrêmement importante et doit être facilitée, mais elle est insuffisante et doit être soutenue par une information écrite :

#### *Le classeur de transmission.*

L'information collective passe par un classeur de transmission commun. Tous les acteurs sont représentés. Ce classeur est journalier. Chaque prise de service nécessite une prise de connaissance des informations consignées sur ce cahier de transmission. Sur celui-ci sont consignés des événements concernant les personnes, leur humeur, leur expression, leurs envies et les faits et gestes qui permettent aux équipes de mieux cerner la personne. Dans le cadre de la démarche bientraitance, le cahier de transmission reçoit l'identification des faits de violence. Un travail d'évaluation de cette rubrique est en cours.

#### *Les transmissions ciblées.*

Les informations médicales, de soins, et de traitements personnalisés sont consignées dans un classeur. Pour certaines personnes, des protocoles d'observation ont été construits. Un travail individualisé sur les échelles de douleur a également été réalisé.

Pour l'éducatif, les équipes ont également mis en place des transmissions ciblées. Celles-ci font l'objet d'un suivi par le chef de service éducatif.

Pour les informations des familles, un cahier de liaison existe entre certaines familles et le foyer. Ce travail peut être évolutif et personnalisé selon les besoins de la personne et de ceux de ses proches.

#### *Les relevés de réunion*

Pour toutes les instances de réunion, les relevés de décision et compte-rendu sont classés et consignés dans des classeurs spécifiques.

### 2.2.3. L'organisation spatiale de l'établissement.

L'établissement « les Lucines » se divise globalement en quatre parties.

Au rez-de-chaussée nous avons les deux unités de vie appelées respectivement : la Palmeraie et la Lune bleue. Puis, à l'étage se trouve l'unité d'accueil de jour se nommant : les Pilotis ; elles sont reliées par un espace commun. Ces trois unités regroupent donc les 23 personnes accueillies aux Lucines (22+1), qui disposent chacune d'un espace privé (une chambre de 16 à 23m<sup>2</sup>).

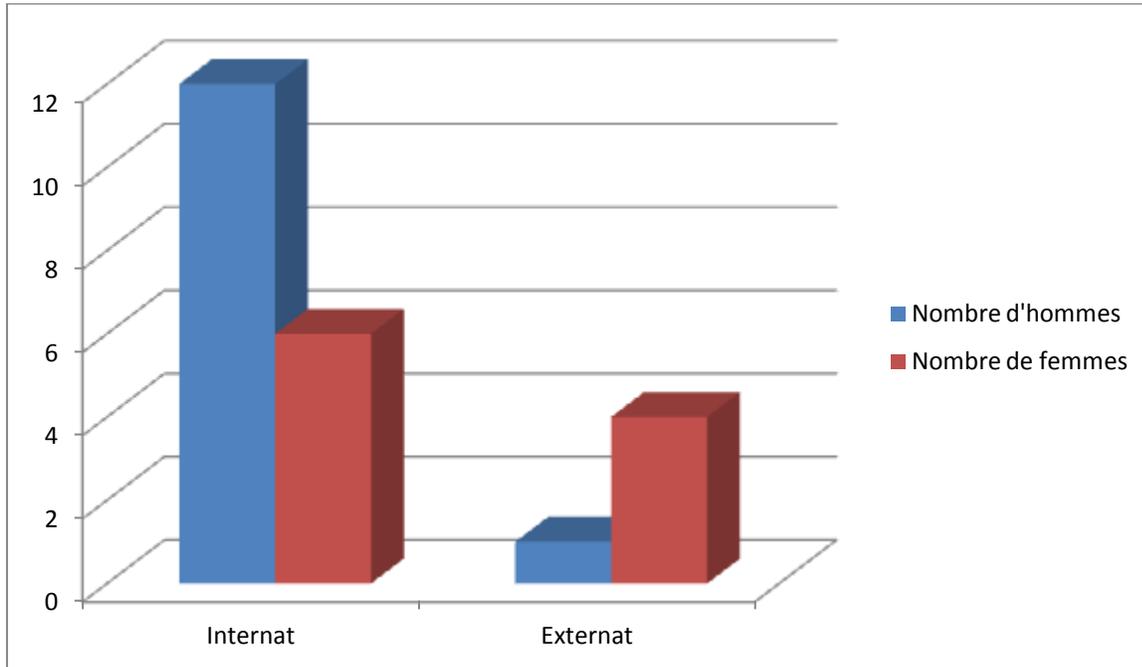
Chaque unité est « un espace de vie ».

### 2.3. La population du FAM (en janvier 2011).

Les orientations du projet d'établissement sont déterminées par l'identification du public accueilli au sein du foyer, à travers les éléments suivants : sexe, âge, pathologies, troubles associés, incapacités, besoins d'aide, comportement. A cette typologie du public se rajoute un travail sur un diagnostic individualisé pour mettre en évidence les spécificités individuelles, les besoins et les intérêts exprimés par les résidents. Il y a également une prise en compte des affinités interindividuelles.

Dans ce paragraphe, nous allons effectuer une présentation succincte et globale des Lucinois. Nous reviendrons plus en détail à chacun d'entre eux afin de mettre en avant leurs caractéristiques individuelles, ce qui nous conduira à leurs besoins et par la même occasion, aux réponses apportées par les professionnels de l'établissement à ces derniers.

### 2.3.1. Répartition homme/femme par rapport au type d'accueil.

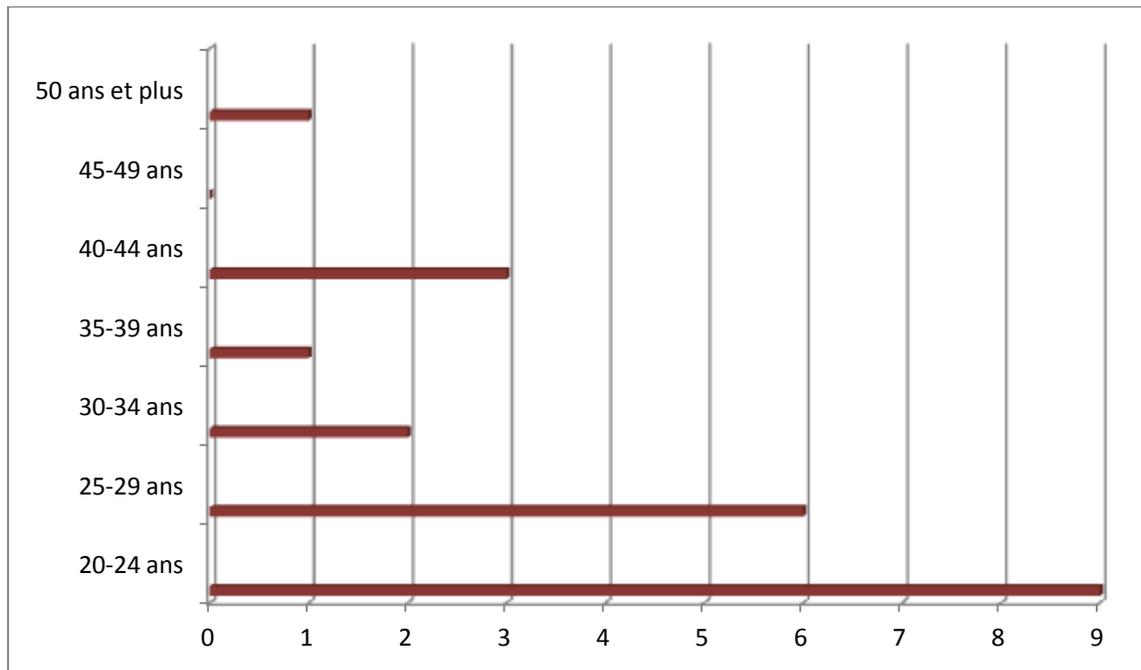


*Graphique représentant la répartition homme/femme, en fonction du type d'accueil.*

Ce graphique nous montre que dans la structure il y a une répartition assez équilibrée entre les hommes et les femmes : treize hommes et dix femmes.

Mais nous pouvons tout de même observer un déséquilibre entre l'internat et l'externat ; l'internat étant à dominante masculine, et l'externat étant à dominante féminine.

### 2.3.2. Une population jeune.



*Graphique représentant la répartition des résidents par catégories d'âge.*

Ce graphique nous montre donc que la population du foyer reste assez jeune. Cette situation est liée à l'histoire du foyer qui, au départ, a accueilli des personnes bénéficiant de l'amendement Creton (Cf annexes). La jeunesse de cet ensemble confronte donc les professionnels à des individus avec des personnalités encore en construction, qui ont souvent un lien très fort avec leur famille.

### 2.3.3. Des pathologies diverses avec tout de même une forte dominante troubles envahissants du développement.

Avant de présenter sous forme de tableaux les différentes pathologies présentes chez les Lucinois, il apparaît nécessaire d'effectuer une présentation très brève des troubles envahissants du développement et plus particulièrement des troubles autistiques.

La définition de l'autisme a considérablement évolué depuis sa première description par Kanner en 1943. Dorénavant l'autisme est classé parmi les troubles envahissant du développement (TED).

Les TED sont référencés au sein de deux grandes classifications : CIM-10 et DSM-4-TR. Ici, nous prendrons comme référence la CIM-10, mise à jour par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2010: Classification Internationale des Maladies-10<sup>ème</sup> édition.

Dans celle-ci, les TED sont classés dans les troubles du développement psychologique, ils correspondent à la catégorie F84. Le diagnostic repose sur un trépied clinique:

- des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques,
- des altérations qualitatives des modalités de communication,
- et un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

Ces différentes anomalies envahissent le fonctionnement de la personne en toute situation.

Huit catégories de TED sont identifiées dans la CIM-10 :

- F84.0 : autisme ;
- F84.1 : autisme atypique ;
- F84.2 : syndrome de Rett ;
- F84.3 : trouble désintégratif de l'enfance ;
- F84.4 : hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés ;
- F84.5 : syndrome d'Asperger ;
- F84.8 : autres troubles envahissants du développement ;
- F84.9 : trouble envahissant du développement, sans précision.

Nous allons simplement préciser les deux premières catégories de TED, c'est-à-dire : autisme et autisme atypique (définition de la CIM 10).

● « L'autisme est un trouble envahissant du développement caractérisé par un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivants:

- altérations qualitatives des interactions sociales réciproques,
- altérations qualitatives de la communication,
- comportement au caractère restreint, répétitif et stéréotypé.

Par ailleurs, le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des réactivités sensorielles particulières.»

- « L'autisme atypique diffère de l'autisme par l'âge de survenue, ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques. Cette catégorie doit être utilisée pour classer un développement anormal ou altéré, se manifestant après l'âge de 3 ans et ne présentant pas des manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme; il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines. »

Suite à cette description succincte, nous allons observer à travers un tableau les différentes pathologies présentes chez les 23 Lucinois ; bien évidemment, il s'appuie sur la CIM 10.

<b>RESIDENTS</b>	<b>PATHOLOGIES</b>
AC	Retard mental grave dans le contexte d'un syndrome de Di-Georges.
ED	Troubles Envahissants du Développement (autisme) avec retard mental grave
MG	TED : Autisme
CL	Retard mental moyen dans le contexte d'une trisomie 21
TL	TED : Autisme
JBM	Retard mental moyen dans le contexte d'un syndrome d'alcoolisation fœtale
ER	TED : Autisme
SR	TED : Autisme
CL	Retard mental profond dans le contexte d'un polyhandicap
LG	TED : Autisme avec retard mental grave
JF	TED : Autisme atypique dans le contexte d'une trisomie 21
CE	TED : Autisme
NC	Retard mental grave

CR	TED : Autisme atypique avec retard mental et épilepsie
CP	TED : hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés dans le contexte d'une trisomie 21
NP	TED : Autisme
BM	TED : Autisme
IH	TED : Autisme
GC	TED : Autisme
AB	Retard mental profond dans le contexte d'un polyhandicap
MB	Retard mental moyen et troubles hyperkinétiques dans le contexte d'une trisomie 21
BB	TED : autisme atypique dans le contexte d'un polyhandicap
FD	Retard mental moyen avec troubles du comportement dans le contexte probable d'un syndrome d'alcoolisation foetale

Comme le montre ce tableau, la majorité des lucinois présentent des pathologies rattachées à l'autisme et syndromes associés. A partir de ce constat, le FAM des Lucines a été amené à déposer une demande de reconnaissance d'une unité autisme et TED afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques de ces personnes.

#### 2.4. Les Lucines, un FAM avec une reconnaissance autisme.

Depuis le 01/12/2009, suite à l'arrêté conjoint du préfet et du président du conseil général de Loire-Atlantique, le Foyer d'Accueil Médicalisé des Lucines dispose d'une reconnaissance de la section autisme, comprenant neuf places, huit en internat et une en accueil de jour (Cf annexes).

Quelle est la signification de cette reconnaissance ? Pourquoi en avoir fait la demande ? Et quelles sont les implications engendrées par celle-ci ?

Comme son nom l'indique, c'est un titre attribué à un établissement mettant en place un projet spécifique avec des personnes atteintes de troubles autistiques.

Cette reconnaissance entre dans le cadre du plan Autisme 2008-2010 qui a plusieurs objectifs globaux :

- Elaborer un corpus de connaissances commun et promouvoir la recherche sur l'autisme,
- Actualiser et développer les contenus de la formation des professionnels,
- Renforcer les capacités de diagnostic et expérimenter un dispositif d'annonce du diagnostic qui facilite l'orientation et l'accompagnement des familles,
- Renforcer l'offre d'accueil en établissements et services,
- Et promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement.

Pourquoi le FAM des Lucines a-t-il effectué cette demande de reconnaissance ?

Les évaluations et les diagnostics portés, le vécu, les observations continues pluridisciplinaires et la concertation avec les familles ont démontré qu'il était nécessaire et indispensable de penser un projet spécifique pour les personnes avec autisme accueillies aux Lucines.

La mise en échec des réponses classiques mettait les professionnels et l'institution en situation d'impuissance et de rapide épuisement, et les personnes atteintes d'autisme en situation de risque de maltraitance.

En effet, comme nous l'avons écrit précédemment, le foyer accueille 23 personnes adultes et, d'après les diagnostics médicaux individuels, 14 de ces 23 personnes présentent un trouble envahissant du développement.

Pour être plus précis, onze ont un diagnostic d'autisme, et trois un diagnostic d'autisme atypique.

Les TED et l'autisme en particulier peuvent se traduire de façon très diverses chez les personnes, du fait des manifestations cliniques, des déficiences associées, de l'âge de début des troubles et de l'évolution. Il est donc nécessaire de doter les équipes de connaissances spécifiques pour accroître la pertinence de la réponse apportée aux personnes porteuses de TED.

En résumé, ces pathologies exigent un accompagnement spécifique, c'est-à-dire un établissement et une offre de services qui soient adaptés aux particularités de celles-ci. Et c'est pourquoi le FAM des Lucines a procédé à cette demande de reconnaissance autisme.

Qu'apporte-t-elle au foyer ?

Cette reconnaissance s'inscrit donc dans un projet qui vise notamment à améliorer la qualité de l'accompagnement en privilégiant la poursuite des apprentissages pour les jeunes sortis d'IME et le maintien et développement des acquis des adultes plus âgés arrivant pour la plupart de foyer occupationnel.

Elle apporte des moyens financiers indispensables à un accompagnement spécifique et adapté à tous les niveaux : éducatif, social, médical et paramédical. Plus précisément, les moyens mis à la disposition du foyer permettent :

- De renforcer le temps actif mobilisable des personnels qualifiés avec les personnes atteintes d'autisme sans baisser le taux d'encadrement des autres Lucinois.

- De prendre en charge de façon adaptée et précise les troubles de la communication en augmentant le temps d'intervention de l'orthophoniste dans l'établissement.

- De travailler sur les comportements problématiques et les souffrances psychologiques à travers l'intervention d'un psychiatre.

- De prendre en charge les difficultés psychocorporelles de façon spécifique avec un apport plus conséquent de la psychomotricienne.

- Une professionnalisation adaptée des équipes en renforçant leurs qualifications et leurs connaissances des TED.

Pour conclure sur la reconnaissance autisme, elle permet de nourrir le projet mis en place par le FAM, visant à tenir compte des besoins spécifiques des adultes avec autisme dans le domaine des soins, de la communication, de l'autonomie et de la poursuite des apprentissages, à travers une maîtrise de l'environnement, et de la socialisation.

## 2.5. Un Foyer d'Accueil Médicalisé avec une orthophoniste.

### 2.5.1. Législation/présentation.

Le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009, relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes adultes avec un handicap, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, concerne entre autres les foyers d'accueil médicalisés (FAM).

De plus, le décret 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste fait état de la compétence de ceux-ci à travailler, entre autres, autour de la communication verbale et non verbale afin d'aider ces personnes dans l'expression de leurs besoins et de leurs envies.

Par ailleurs, les FAM doivent, dans la composition de leur équipe pluridisciplinaire, tenir compte des spécificités des personnes accompagnées.

Par conséquent, si les besoins des individus accueillis dans une structure de ce type nécessitent l'intervention d'un orthophoniste, le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 stipule qu'en plus de l'équipe de base qui comprend : médecin généraliste, éducateur spécialisé, moniteur éducateur, assistant social, psychologue, infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique et auxiliaire de vie sociale, l'équipe pluridisciplinaire doit comprendre également un orthophoniste.

Cette démarche constitue le socle du fonctionnement d'un établissement comme le FAM des Lucines : être au plus près de la personne afin de déterminer ses besoins, ses envies, ses capacités, et lui proposer un accompagnement qui essaiera d'être le plus adapté possible, à travers la richesse des professions éducatives, soignantes, médicales et paramédicales existantes.

### 2.5.2. Quel est le rôle de l'orthophoniste au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé ?

En premier lieu, l'orthophoniste, sur prescription médicale, procède à une évaluation des capacités et des besoins des Lucinois : durant ce bilan elle évalue, entre autres, la communication verbale et non verbale ainsi que le langage oral. A la suite de ce bilan elle pose un diagnostic orthophonique à partir duquel un projet thérapeutique est possible : des axes thérapeutiques sont alors dégagés afin de pouvoir travailler avec la personne de la façon la plus adaptée possible, en fonction de ses capacités, de ses difficultés, de ses besoins et de ses envies.

L'orthophoniste travaille tous les aspects de la communication en tentant de rétablir, d'améliorer ou de mettre en place des moyens d'expression et de compréhension afin de permettre à la personne de comprendre et d'être comprise de son environnement.

Dans ce cadre-là, comme l'ont écrit Denni-Krichel N. et Angelmann C. (2000), l'orthophoniste doit également évaluer et travailler les conditions d'accès à cette communication, c'est-à-dire : le regard, l'orientation au son, l'imitation, le tour de rôle, l'attention, l'expression verbale et non verbale, la compréhension verbale et non verbale. Ce professionnel doit donc stimuler le désir de communiquer, les capacités communicationnelles et les moyens de communication (Tanet-Mory I. ; 1999).

Au sein des Lucines, l'orthophoniste travaille sur différents axes thérapeutiques.

Tout d'abord, un travail de rééducation de la motricité et des réflexes de la sphère oro-pharyngée est mis en place afin d'aider les fonctions alimentaire et phonatoire qui sont primordiales pour le bien-être et le développement de l'autonomie au quotidien. Ce travail s'effectue de différentes manières : par des échanges vocaux et par l'imitation. Il est également important de muscler et d'exercer la précision des mouvements de la langue, des lèvres, des joues et du voile du palais à l'aide de différents exercices spécifiques. De plus, un travail de désensibilisation, lorsqu'un syndrome de dysoralité sensorielle est avéré, permet d'aller vers une normalisation des perceptions. Ce travail est initié au cours de séances individuelles dans le bureau de l'orthophoniste, puis se poursuit au quotidien sur les différentes unités de vie.

Parallèlement à tout ça, l'orthophoniste met en place un travail de la pragmatique, c'est-à-dire l'usage que l'on fait du langage pour exprimer ses propres intentions et pour comprendre celles des autres. Cela a pour but, d'une part, de permettre un développement fonctionnel : développement des fonctions de communication en donnant à la personne des occasions de refuser, de faire des choix, des commentaires,... Et d'autre part, d'amener à un développement, un respect et une compréhension des règles de conversation (tour de rôle et maintien de thème de conversation). Il est important d'aller spontanément et régulièrement, en plus des séances orthophoniques individuelles, vers les personnes afin de communiquer avec elles, de leur permettre d'exprimer des envies, des émotions, des opinions, des choix... Il faut se saisir de la moindre opportunité, de la moindre situation qui se présente à nous pour rentrer dans l'échange et la communication sous toutes ses formes.

Enfin, l'orthophoniste développe l'utilisation et l'adaptation d'outils et de supports de communication alternative et/ou augmentative à travers des temps individuels de rééducation, et des temps de groupe tels que les repas et un atelier pâtisserie.

A partir d'une évaluation la plus précise possible, et en tenant compte des caractéristiques individuelles (capacités, besoins,...) ainsi que des caractéristiques environnementales, l'orthophoniste met en place et adapte des moyens ou supports de communication permettant de développer cette dernière. Par exemple, durant les temps de repas et l'atelier pâtisserie ces aides visent à rendre plus autonomes les personnes. Elles doivent leur permettre de mieux s'adapter à leur environnement et vice-versa.

Le rôle de l'orthophoniste est prépondérant pour évaluer, construire et développer cette communication tant en action directe qu'en soutien et formation auprès des autres professionnels. Au cours de séances individuelles l'orthophoniste teste et met en place des aides à la communication, mais ceci n'est que le début du travail. Il faut ensuite généraliser l'utilisation de ces aides au quotidien, dans l'environnement de chaque individu, et pour cela, l'orthophoniste doit apporter également un soutien et un appui technique à l'ensemble de l'équipe des Lucines.

Ce dernier point concernant les aides visuelles mises en place au foyer représente une part importante du travail orthophonique, et c'est d'ailleurs à celui-ci que nous nous intéresserons plus particulièrement dans la suite de cet écrit.

## **PARTIE 2 : *Les aides visuelles comme outil de communication privilégié.***

Précédemment, nous avons vu qu'un des aspects majeurs du travail de l'orthophoniste dans ce Foyer d'Accueil Médicalisé portait sur le développement de l'utilisation et de l'adaptation de supports de communication alternative et/ou augmentative (CAA : Communication Alternative et Augmentative). Afin de construire et de développer cette communication, un ensemble de supports est plus particulièrement utilisé : les aides visuelles. Rappelons qu'une personne atteinte de troubles autistiques présente comme symptômes fondamentaux des habiletés sociales déficientes, des problèmes de communication verbale ou non verbale, ainsi que des troubles du comportement (stéréotypies,...). Nous pouvons ajouter que de nombreux adultes atteints de ces troubles présentent également un retard mental ; tout ceci réduit considérablement l'autonomie dans la vie quotidienne.

Il est donc indispensable de chercher et de trouver des moyens aidant ces personnes à comprendre et à s'exprimer afin d'améliorer leur confort de vie autant que possible, en leur donnant la possibilité d'exprimer leurs envies et leurs choix, ainsi qu'un outil de compréhension de leur environnement.

Dans cette seconde partie, nous allons donc présenter ces aides visuelles et justifier leur utilisation. Puis nous évoquerons l'orthophoniste et son rôle par rapport à elles. Ensuite, nous nous poserons la question des besoins au niveau de ces aides, que ce soit pour les professionnels ou pour les Lucinois. Enfin, nous verrons comment les mettre en place.

Mais, avant de développer ces différents points, nous allons débiter par une rapide présentation des spécificités caractérisant une personne atteinte de troubles autistiques, afin de nous aider à comprendre le choix des aides mises en place.

# 1. Les spécificités de la personne avec autisme.

Les personnes atteintes de troubles autistiques, malgré des variations interindividuelles très importantes, présentent des spécificités communes qu'il est important de connaître afin de les comprendre au mieux, elles et leur façon d'être.

Chacun est différent, et toutes les caractéristiques énoncées ci-dessous sont présentes avec une intensité plus ou moins forte, et avec une distribution différente selon les individus.

## 1.1. Anomalies perceptives et intégratives des différents mouvements et du flux sonore.

D'après une étude menée par Gepner B., Lainé F. et Tardif C. (2005), il semble que la parole et les mouvements faciaux aillent trop vite pour être perçus correctement par les personnes avec autisme. En ce qui concerne le flux sonore, il y aurait une mauvaise intégration des sons non verbaux et une mauvaise perception des sons de la parole. Au niveau des mouvements, il y aurait un traitement des aspects dynamiques du visage qui serait déficitaire (lecture du regard et lecture labiale), ainsi qu'un trouble perceptif et/ou intégratif de la vision des mouvements physiques et biologiques.

Toujours d'après cette étude de 2005, ces anomalies seraient d'autant plus importantes que le mouvement est rapide, et que le degré d'autisme est sévère. Il y aurait donc une corrélation entre le degré d'autisme et le degré d'altération perceptivo-cognitive. L'hypothèse d'une « malvoyance » dans l'autisme permettrait alors de rendre compte de la plupart des troubles de la communication et de la socialisation. De plus cette hypothèse est couplée à l'argument montrant une altération du traitement temporel de la parole dans l'autisme.

Donc la personne avec autisme aurait un trouble temporel des événements sensoriels ; les différents flux (visuels, auditifs, proprioceptifs) seraient trop complexes à vitesse réelle, ils contiendraient trop d'informations pour que l'individu puisse les comprendre.

De plus, différentes études (Gepner B., Lainé F. et Tardif C. en 2005 ; et Barthélémy C., Meaux E., Gillet P., Bonnet-Brilhault F., Batty M. en 2010) expliquent que la personne avec autisme

privilégie l'analyse locale à l'analyse globale. Par exemple, dans le traitement de l'expression faciale des émotions, il y a une altération liée aux capacités d'intégration des informations locales dans un ensemble cohérent. Hobson en 1991 parlait déjà de ces difficultés à reconnaître l'expression faciale des émotions impliquées dans les interactions sociales ; il évoque une anomalie dans le traitement du mouvement, de la dynamique faciale, ce qui entraîne une incompréhension des émotions.

Quel est le lien ? La personne avec autisme privilégiant l'analyse locale, elle reconnaît mieux les expressions non-émotionnelles car elles mobilisent beaucoup moins de mouvements faciaux que les expressions émotionnelles.

Ceci nous ramène à la théorie d'U. Frith, développée en 1989 : « la théorie de la cohérence centrale » ; celle-ci se réfère à la tendance naturelle qu'a l'individu à traiter les informations reçues dans leur globalité, dans un contexte, afin de parvenir à la signification.

Pour une personne atteinte de troubles autistiques, il y aurait une difficulté d'accès à ce qu'on appelle la cohérence centrale, c'est-à-dire qu'elle se concentrerait davantage sur les informations locales que sur les informations globales : elle serait davantage réceptive aux détails.

C'est un style cognitif particulier.

Nous pouvons simplement ajouter que ceci participe également à l'existence d'un déficit de la théorie de l'esprit : difficulté pour la personne avec autisme à reconnaître chez autrui l'existence d'états mentaux, de pensées, d'intentionnalité (Baron-Cohen S, Leslie AM et Frith U ; 1985).

La vitesse et la complexité des informations communicationnelles amèneraient donc les individus avec autisme à se focaliser sur des détails de par leur sensibilité sensorielle particulière.

## 1.2. Sensibilité sensorielle.

La personne avec autisme est soumise, en ce qui concerne ses sens, à des variations de perception suivant son état, le moment de la journée, ... Ces variations se traduisent par une hyposensibilité ou une hypersensibilité. Cette dernière entraîne alors un encombrement sensoriel. Celui-ci génère

bien souvent du stress, de l'angoisse, et peut se révéler douloureux (Williams D. ; 1992, et Grandin T. ; 1994 et 1997)

.

Lorsqu'un environnement est sensoriellement stimulant, il peut amener, par anticipation, une certaine crainte, et cette crainte conduit souvent à des situations d'évitement.

Ceci est en général très variable d'une personne à l'autre, et très variable dans le temps.

Il faut bien comprendre que l'autisme n'est pas un trouble des organes sensoriels, en général ces derniers fonctionnent correctement. Mais il y a des difficultés d'intégration des flux sensoriels (Bullinger A. ; 2005).

#### ► Au niveau visuel.

En plus des caractéristiques énoncées dans le point précédent, la personne avec autisme peut présenter :

- une sensibilité aux couleurs, à la lumière, ainsi qu'une distorsion de la perception visuelle,
- des troubles de type visuo-perceptif avec une difficulté à discriminer les stimuli complexes, à reconnaître les visages, les personnes, les objets, les couleurs, et à intégrer certaines informations visuelles,
- des troubles de type visuo-spatiaux avec une difficulté à localiser certains points de l'espace, à apprécier les distances et les directions,
- des troubles de type visuo-moteur avec une difficulté dans la poursuite visuelle, dans l'appréciation et la maîtrise du graphisme, et dans la coordination oculomotrice.

(Synthèse de Denni-Krichel N. ; 2010)

#### ► Au niveau auditif.

La sensibilité spécifique de la personne avec autisme peut se traduire par une hypersensibilité auditive ; le moindre bruit peut la perturber, entraîner une réaction de peur qui pourra s'accompagner de différentes perturbations comme une désorganisation motrice par exemple. Il

peut également y avoir une hyposensibilité auditive ; elle peut donner l'impression de ne rien entendre (Rapin I. et Tuchman R. ; 2008).

► Au niveau tactile.

Le contact peut s'avérer assez difficile, surtout au niveau de la tête (zone bucco faciale en particulier), des bras et des paumes de mains. Parfois, certaines activités ou certains vêtements peuvent être très difficiles à tolérer.

► Au niveau gustatif.

Les personnes avec autisme peuvent présenter un syndrome de dysoralité sensorielle (Senez C. ; 2008). Cela signifie qu'il peut y avoir une hypersensibilité à la texture des aliments ; certains doivent être mangés séparément car le contraste de texture est trop important (Rapin I. et Tuchman RF; 2008).

► Au niveau olfactif.

Certains arômes et certaines odeurs peuvent paraître excessivement forts et provoquer des nausées. Au contraire il peut y avoir une hyposensibilité à certaines odeurs, ou alors un goût pour des odeurs traditionnellement considérées comme fortes par des personnes ordinaires. Il y a un défaut d'apprentissage social des odeurs, ce qui fait qu'une personne avec autisme ne fait pas toujours la différence entre ce qui se mange et ce qui ne se mange pas : il peut y avoir une absence éventuelle de conscience d'un danger (manger des produits toxiques par exemple).

### 1.3. Intérêts et routines.

Les personnes avec autisme présentent des intérêts stéréotypés, limités et répétitifs, qui peuvent devenir exclusifs et aller jusqu'à une fascination intense. Très fréquemment, ils adoptent des routines qui, si elles sont entravées, peuvent entraîner des comportements problématiques importants.

Nous avons également des routines mais, la différence avec les personnes avec autisme, c'est que leurs routines sont inflexibles et ne sont pas basées sur des indices naturels pertinents.

#### 1.4. Motricité globale.

La conscience corporelle s'avère déficitaire. Il y a souvent une mauvaise adaptation posturale, la présence d'autostimulations (balancement, tournoiement,...), et un déficit général de planification du mouvement (Rogers S., Beneto L. ; 2002, et Berthoz A., Andres C., Barthélémy C., Massion J., Rogé B. ; 2005). Il y a également un déficit de l'imitation motrice (HAS; 2010).

#### 1.5. Au niveau cognitif.

La personne avec autisme a beaucoup de difficultés à gérer plus d'un stimulus à la fois, il y a un trouble des capacités attentionnelles.

Il existe un déficit de l'attention conjointe ; bien souvent la personne présente des difficultés à attirer l'attention d'autrui pour partager une expérience, et elle éprouve également des difficultés à suivre le regard d'une autre personne (Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A; 2004).

Le fonctionnement de leur mémoire revêt des particularités. La mémoire de travail et la mémoire à court terme sont souvent déficitaires, alors que la mémoire à long terme est souvent bonne. Ils possèdent plutôt une mémoire visuelle ou photographique (Gras-Vincendon A, Bursztein C, Danion JM ; 2008).

En ce qui concerne les fonctions exécutives, il y a des difficultés d'organisation et d'anticipation pour planifier et exécuter une tâche. Les capacités de généralisation et de symbolisation sont aussi déficitaires (Hughes C; 1996).

#### 1.6. Socialisation.

Nous constatons donc que les particularités perceptives, cognitives et comportementales décrites tout au long de cette partie expliquent en grande partie les difficultés de socialisation : le lien avec autrui peut s'avérer extrêmement difficile.

#### 1.7. Emotions.

En plus des difficultés de perception et d'intégration des mouvements faciaux entre autres, la personne avec autisme peut afficher un visage peu expressif, assez figé. Parfois des rires incontrôlés peuvent survenir (Synthèse de Denni-Krichel N. ; 2010).

Enfin, les troubles de type émotionnel sont marqués par une labilité émotionnelle importante et une difficulté à identifier les sentiments d'autrui (Berthoz A, Andres C, Barthélémy C, Massion J, Rogé B; 2005).

#### 1.8. Voix.

La voix chez ces personnes a aussi quelques particularités : la hauteur de celle-ci est souvent trop aiguë et/ou inadaptée, l'intensité est trop faible ou trop élevée, le débit haché, rapide ou ralenti, et la prosodie monocorde.

L'intelligibilité s'avère parfois assez difficile ; cela est très variable dans le temps et par rapport au contexte.

(Synthèse de Denni-Krichel N. ; 2010)

#### 1.9. Langage et communication.

Les capacités communicatives et langagières des personnes avec autisme sont diminuées et limitées de façon significative.

Le langage, qualitativement et quantitativement, est présent de façon très variable, et même lorsqu'il est présent, la communication réciproque est souvent très pauvre.

► Sur le versant expressif.

Environ 40% des personnes avec autisme ne développent pas un langage oral suffisant pour leur quotidien (Noens I. et Van Berckelaer-Onnes I ; 2004), et lorsqu'ils en développent un il est souvent particulier :

-écholalies (immédiates et/ou différées) et stéréotypies parasitant les situations de communication. De plus, l'expression est souvent centrée sur des thèmes fixes récurrents.

-particularités formelles telles que l'inversion pronominale, l'absence du je, l'absence du oui, une utilisation inappropriée des prépositions, et des confusions entre les mots d'une même catégorie.

-une absence de généralisation des concepts.

-troubles lexicaux, morphosyntaxiques et sémantiques.

-métaphores, néologismes, ainsi que des particularités prosodiques,...

(Synthèse de Denni-Krichel N. ; 2010, Howlin ; 1999, Jordan ; 1999, Lord and Paul ; 1997, Van Berckelaer-Onnes ; 1996/97)

Au niveau non verbal, la communication s'avère être perturbée par des postures anormales, des gestes souvent absents, un pointage rare (et si il est présent ce n'est que peu souvent dans un contexte communicationnel), une perturbation des mimiques et du regard, et des difficultés dans la distance interpersonnelle : trop près ou trop loin (Rogé B ; 2008).

Mais il est primordial d'ajouter que les personnes avec autisme ont de grosses difficultés à comprendre ce qu'est le concept de communication. Même lorsque qu'ils ont la capacité d'utiliser cet outil de communication qu'est le langage, ils n'ont pas forcément conscience de l'intérêt de cet outil. Par exemple, certains sont capables de nommer des objets, des photos, ou des pictogrammes, mais ils n'en imaginent pas la signification fonctionnelle. Cela signifie qu'ils peuvent nommer un verre mais ne pas comprendre qu'ils vont avoir un verre d'eau. Les énoncés sont indexés plutôt que symboliques, donc le langage est dans ce cas une traduction de « associé à ». Le pourquoi de la communication peut leur échapper: à quoi sert-elle? Comment s'en sert-on ? Et pourquoi s'en sert-on ? (Willaye E. ; 2007).

Certains d'entre eux dits de haut niveau expliquent cela très bien :

«Je n'étais pas capable d'expliquer ce que je ressentais par des mots... j'ignorais que les mots pouvaient servir à ça. Pour moi, le langage n'était qu'une extension de mes obsessions, un instrument au service de mon goût de la répétition... » Clairborn Park C. (1972).

« Je commençais à réaliser que les gens se servaient du langage pour communiquer entre eux, mais je ne savais pas comment ils s'y prenaient... » Baron S. et J. (2000).

Globalement, leurs problèmes sont caractérisés par un défaut d'initiative et un manque de signes de communication. Les personnes avec autisme rencontrent des difficultés dans l'intention de communiquer et elles n'en comprennent pas suffisamment les aspects symboliques.

Ces deux aspects font partie des défis majeurs dans le travail avec des individus avec autisme : il faut stimuler l'appétence à la communication et parallèlement à cela il faut construire un langage et leur apprendre à s'en servir.

► Sur le versant réceptif.

Il est souvent évoqué les difficultés d'expression des personnes avec autisme, et peu les difficultés de compréhension. Pourtant, même pour ceux qui ont un discours fonctionnel, la compréhension est souvent surestimée ; nous abordons ces personnes à un niveau de compréhension supérieur au leur. Schuler (1997) affirme que le langage est souvent seulement compris dans un contexte extrêmement familier : la personne ne répond pas au discours lui-même, mais à la routine du contexte situationnel.

Verpoorten (1996) nous explique que : « la communication est un jeu subtil de différentes modalités (vocales et non vocales) dans lequel les messages (le contenu) sont partagés avec une fonction spécifique : l'intention. La communication comporte toujours un aspect social (réciprocité) et le style de celle-ci en définit en partie son efficacité. Une personne avec autisme ne peut pas percevoir toutes ces dimensions communicationnelles ; sa perception de la communication est plutôt fragmentaire, elle perçoit d'abord les détails.»

En plus des difficultés de compréhension exposées dans le paragraphe concernant les anomalies perceptives et intégratives des différents mouvements (notamment la dynamique faciale) et du flux sonore, la personne avec autisme présente :

- des difficultés de compréhension des termes verbaux, des différents types de questions (ouvertes, fermées,...).
- des problèmes de compréhension des phrases trop complexes, des phrases avec une utilisation des pronoms personnels, ou avec des adjectifs possessifs.
- des difficultés à mettre du sens par rapport à l'intonation d'une phrase.
- une compréhension littérale des expressions imagées,... et du langage en général.
- une compréhension centrée sur les détails au détriment de l'ensemble et d'une compréhension globale : difficile d'extraire du sens dans ces conditions.

(Synthèse de Denni-Krichel N. ; 2010)

Il ne faut surtout pas oublier la théorie de la cohérence centrale d'U.Frith, qui nous explique que les difficultés des personnes avec autisme sont explicables par le fait que la communication est considérée comme un processus cognitif dans lequel la perception joue un rôle crucial. Le « sense-making » (Noens I. et Van Berckelaer-Onnes I. ; 1994), autrement dit le fait de pouvoir donner du sens à un échange quel qu'il soit, est l'essence même de la communication. Cette théorie nous montre bien les difficultés de compréhension des personnes avec autisme : difficultés à comprendre la signification mise par l'interlocuteur dans les différentes informations transmises, difficultés à percevoir l'intention communicative.

En définitive, nous constatons que les troubles se révèlent être multiples chez la personne avec autisme, même si ils sont très variables d'une personne à l'autre. Cet inventaire a pour but de nous permettre de mieux comprendre ces personnes afin de pouvoir travailler de la façon la plus adaptée et cohérente possible.

Parmi toutes ces caractéristiques, il en est une qui ressort particulièrement : les difficultés de communication. Celles-ci sont généralement une des plus grandes sources de tension pour ces personnes, mais aussi pour leurs parents et leur entourage (Bristol M.M.; 1984).

De plus, il a été montré que les comportements problématiques des personnes avec autisme sont très souvent liés à ces troubles de la communication ( Noens I et Van Berckelaer-Onnes I; 2004). C'est pourquoi le travail autour de la communication doit être un point important de l'intervention auprès de ces personnes.

Nous allons donc présenter maintenant les aides visuelles mises en place pour travailler autour de cette communication, en expliquant leur intérêt et en justifiant leur choix.

## **2. Aides visuelles.**

### 2.1. Bilan orthophonique.

Tout d'abord, le travail autour de la communication débute par un bilan orthophonique. Cet examen a pour but d'évaluer les différents aspects de la communication. Il permet au professionnel de connaître les difficultés, les retards et les déficits ainsi que les capacités, les intérêts et les ressources dont dispose la personne avec autisme et son entourage. Puis, à l'aide d'un travail avec les autres professionnels et les parents, l'orthophoniste peut compléter les différents éléments observés lors de ce bilan, afin de connaître au mieux les caractéristiques de la personne.

A partir de ce bilan orthophonique, l'objectif va être de trouver et de mettre en place les moyens permettant d'obtenir la communication la plus efficace et la plus adaptée possible à l'individu, à son entourage et à son environnement, afin d'améliorer autant que possible son confort de vie. Au sein du foyer des Lucines, le choix des aides visuelles a été fait dans le but d'adapter et/ou d'améliorer la communication.

Dans le paragraphe suivant nous allons donc présenter celles-ci.

### 2.2. Présentation des aides visuelles.

Avant toute chose, il est important de préciser pourquoi nous pouvons être amenés à faire le choix des aides visuelles.

Chez les personnes atteintes d'autisme, le langage oral est bien souvent peu ou pas développé et compris. Temple Grandin (1994), une américaine avec un autisme de haut niveau raconte que « ...le bruit était une source permanente de problèmes. C'était comme si la roulette du dentiste avait touché un de mes nerfs... dans une pièce bruyante, je n'arrive pas à comprendre ce qui se dit car je ne filtre pas le bruit de fond ».

Ou encore : «J'ai un système auditif qui fonctionne comme un amplificateur au maximum de sa puissance. J'ai deux choix : je poursuis l'écoute et me laisse envahir par un déluge de sons, ou je me coupe de la source de sons. »

Il apparaît alors que malgré les difficultés diverses citées dans les paragraphes précédents, les aptitudes visuelles et spatiales restent les moins perturbées ; il faut donc utiliser et renforcer ce canal visuoperceptif.

T. Grandin (1997), explique qu'elle pense en images : « les mots sont comme une seconde langue. Je traduis les mots dits ou écrits en films colorés ou insonorisés ; ils défilent dans ma tête comme des cassettes vidéo... ».

Les personnes avec autisme sont plus à l'aise, plus performantes avec des stimuli statiques, spatialement organisés comme les objets, les images, les photos,... ; ils parviennent mieux à travailler avec le non-transitoire (Noens I, Van Berckelaer-Onnes I, Verpoorten R, Van Duijn G ; 2006) ; le mode visuel est plus permanent, plus stable, plus prévisible et il comporte bien souvent moins d'ambiguïtés.

Il est important de rappeler que les personnes avec autisme possèderaient plutôt une mémoire visuelle et photographique ; comme le confirme Angelmann C. (2010) : « Compte tenu du profil cognitif des personnes TED, il sera judicieux d'utiliser des codes visuels car leur pensée est de type visuel et non conceptuel ».

De plus, les aides visuelles sont tout à fait complémentaires du langage oral, l'un n'empêche pas l'autre. Cela offre même une multimodalité du message, avec plusieurs feed-back possibles ; il y a une redondance de l'information.

Le choix de ces aides apparaît donc relativement logique compte tenu des difficultés propres à la personne avec autisme.

Qu'est ce qu'une aide visuelle ?

Le terme « aide visuelle » est assez vaste ; il regroupe tous les supports dont un des modes d'afférence est visuel, et qui tendent à apporter des moyens de compensation, partielle ou totale, temporaires ou définitifs, aux déficits et incapacités des individus souffrant de troubles sévères au niveau de la communication (compréhension/expression), telles que certaines personnes avec autisme. Ces supports peuvent être de nature très variée, nous les décrirons dans la partie suivante.

Une aide visuelle sert de support pour entrer en communication et/ou pour appuyer celle-ci : par exemple, dans le cas de troubles communicationnels importants, elle peut permettre aux individus de rentrer en contact.

Avant tout ce qui est recherché : c'est la fonctionnalité ; il faut que cette aide permette l'expression des désirs et des besoins de la personne avec autisme au quotidien. Cela a pour but d'amener à une compréhension de l'environnement, et à une prise sur celui-ci, dans la mesure du possible. Le fait de proposer des aides visuelles dans l'ensemble de l'environnement de la personne a pour but de favoriser les situations de communication, de développer les intentions de communication.

Globalement, ces aides sont mises en place afin de :

- permettre et/ou soutenir la compréhension,

- appuyer et développer la communication dans tous ses aspects (avec les notions de plaisir et d'échange),
- permettre la prévisibilité, structurer le temps,
- structurer l'espace et l'environnement,
- permettre la communication spontanée, la demande (expression des désirs et des besoins),
- structurer le langage.

Et ceci dans le but d'assurer la meilleure qualité de vie possible, en ayant le plus d'autonomie possible dans la vie quotidienne.

Ces aides doivent s'adapter à la personne et à son entourage et non l'inverse ; il faut donc partir de ce qu'est la personne et de ce qu'elle veut afin d'utiliser ces aides de la façon la plus juste possible.

Nous allons donc présenter ces différents types d'aides visuelles et leurs intérêts.

Nous effectuerons une présentation de ces aides par types d'afférences. En premier lieu, nous présenterons les aides à afférences visuelles statiques ; en second lieu, les aides à afférences visuelles dynamiques ; et enfin, les aides à afférences visuelles statiques et dynamiques. Cet inventaire des différentes aides visuelles n'est en aucun cas exhaustif : elles font partie des aides les plus souvent rencontrées dans la littérature concernée.

Notons que quelle que soit l'aide visuelle, le langage oral sera utilisé en parallèle ; le but étant, sur le versant réceptif, de multiplier le nombre de canaux sensoriels permettant l'intégration de l'information.

### 2.2.1. Les aides à afférences visuelles statiques.

Nous regroupons ici, l'ensemble des aides utilisant comme afférences des représentations en 2 dimensions (images, pictogrammes, ...), ou en 3 dimensions (objets réels par exemple). L'intérêt de ce type d'afférence est que la personne dispose d'un retour (feed-back) visuel qu'il peut

maintenir aussi longtemps que nécessaire, aussi bien pour la compréhension d'un message que pour l'élaboration de sa réponse, si celle-ci se fait par l'intermédiaire du même support.

### ► Les objets.

Les objets sont des symboles qui occupent les trois dimensions de l'espace, et que l'on peut donc toucher. Il en existe différents types : des objets réels, des objets miniaturisés, ou simplement une partie de l'objet.

Lorsqu'on utilise des objets pour communiquer, ils sont nommés : objets référents. « Un objet particulier devient donc un objet référent du fait de son utilisation canonique ; c'est-à-dire qu'il y a une standardisation de l'utilisation de l'objet en relation avec son référent » (Prudhon E., 2011).

Il faut préciser et insister sur le fait que dans le cas d'une déficience intellectuelle sévère, cette utilisation nécessite un apprentissage, elle ne se met pas en place naturellement (Stephenson J. et Linfoot K. ; 1996).

Ces objets référents servent donc à augmenter la compréhension de l'environnement, en amenant de la prévisibilité par exemple. Ils servent également à faciliter l'expression de la personne concernée, en lui permettant entre autres, de faire des choix.

Par ailleurs, ils peuvent simplement être une étape vers une forme de communication plus complexe.

Le choix des objets référents doit être réfléchi et adapté à la personne. Un objet référent doit être motivant et avoir, au quotidien, du sens pour celle-ci. Il doit être fréquemment rencontré et facilement manipulable. De plus, entre eux, ils doivent bien sûr être très différents (Goldbart J et Carton S ; 2010).

Pour conclure sur les objets dits référents : dans le cas d'une déficience intellectuelle sévère, ce sont des outils de communication d'une grande importance malgré le fait qu'ils soient peu connus, et par conséquent peu utilisés.

## ► Les pictogrammes.

Les pictogrammes sont des représentations graphiques schématiques, stylisées et informatives, plus ou moins figuratives d'un concept. Ils fonctionnent comme les signes d'une langue écrite sans pour autant transcrire la langue orale.

Trois sortes de pictogrammes sont décrites par le livre blanc sur les pictogrammes et la communication adaptée (Pictomédia ; 2001) :

- Les pictogrammes figuratifs, qui représentent fidèlement l'objet auquel ils se réfèrent (Cf annexes);
- Les pictogrammes schématiques, représentations plus simplifiées de l'objet, qui suggèrent schématiquement la chose, mais de façon suffisamment claire pour ne pas faire disparaître le rapport entre le signe et l'idée qu'il évoque (Cf annexes);
- Les pictogrammes abstraits, qui ne représentent aucun objet précis. Le rapport entre le signe et le concept étant absent, on se retrouve alors avec un code nécessitant un apprentissage avant toute utilisation (Cf annexes).

## ► Les images.

Les images sont des dessins ou des photographies représentant des objets ou des actions, réels et concrets. Dans le cas de photographies, les détails sont plus précis et la représentation peut correspondre parfaitement à la réalité. Les dessins et les photographies nécessitent de faire le lien entre une représentation et la réalité. On utilise l'une ou l'autre suivant la personne et ce qui a le plus de sens pour elle. Par exemple, pour représenter le retour à la maison, nous pouvons utiliser un dessin d'une maison classique telle que l'on se la représente, ou alors une photographie de la maison de la personne.

Elles peuvent être en noir et blanc, ou en couleur ; la couleur est un détail supplémentaire qui, pour nous, rend l'image plus significative, mais ce n'est pas forcément le cas des personnes avec autisme. De même, le fond de l'image peut être uni ou non. Bien souvent, les couleurs de l'objet

représenté et du fond sur lequel il est représenté, doivent permettre de bien différencier ces deux derniers ; le contraste est important.

Sur ces images, le signe iconique est « immuable et figé », contrairement au signe linguistique qui est « arbitraire et conventionnel » (Truscelli D. ; 1999). De plus, il existe un lien d'iconicité important entre l'image et le concept auquel elle se rapporte.

#### ► Les idéogrammes.

Les idéogrammes sont définis comme des signes graphiques constituant isolément un morphème, un lexème ou un concept ; ils correspondent à des pictogrammes constitués en systèmes (Brin et coll. ; 1997).

#### ► L'écriture.

L'écriture peut être utilisée par le biais de l'alphabet traditionnel par exemple, pour la transcription du langage oral.

Ces différentes aides visuelles sont, le plus souvent, utilisées de façon spécifique dans des systèmes de communication plus larges. Cela suit la politique de la communication totale : utiliser les différents canaux afférents afin d'augmenter les possibilités de compréhension des personnes concernées.

Nous allons maintenant présenter les aides à afférences visuelles dynamiques.

#### 2.2.2. Les aides à afférences visuelles dynamiques.

Ces aides correspondent aux codes gestuels, c'est-à-dire aux systèmes de communication utilisant les gestes réalisés avec les doigts, les mains, les bras, le corps entier, ainsi que les mimiques du visage.

Il existe plusieurs types de codes gestuels, depuis les signes qui accompagnent naturellement la parole, jusqu'à des langages élaborés tels que la LSF. L'iconicité entre le signe et son signifiant est plus ou moins étroite selon le code utilisé.

L'intérêt de ces systèmes sur le plan expressif est qu'ils présentent un double retour (feed-back), visuel et kinesthésique ; en effet, la personne peut ressentir avec son corps propre et voir le signe qu'il effectue.

Nous appellerons donc afférences visuelles dynamiques « tous les codes dont l'afférence est visuelle et dont l'efférence est gestuelle » (Marchand M.H ; 1998).

#### ► La dactylologie.

Elle a été inventée en Espagne dans le cadre de la prise en charge de personnes sourdes. Elle correspond à un codage gestuel de l'alphabet. Chaque lettre correspond à une configuration particulière de la main.

Peu utilisée comme moyen d'expression à part entière, elle sert essentiellement en Langue des Signes Française ou en Français Signé à épeler des mots nouveaux ou inconnus, ou encore des noms propres.

La dactylologie nécessite de bonnes capacités praxiques, de planification et d'imitation motrice. Et surtout, elle suppose une bonne connaissance du langage écrit et des règles orthographiques, ce qui n'est pas souvent le cas chez des personnes avec autisme

#### ► LSF : Langue des Signes Française.

La LSF est une langue à part entière, avec des signes et une syntaxe qui lui sont propres. Elle s'utilise dans un espace limité : le plan qui va de la tête à la ceinture, et des bras étendus

jusqu'aux coudes. Les signes sont réalisés avec les mains, les bras, le visage, et ils représentent des unités linguistiques visuelles.

La succession des concepts dans la phrase signée est différente de l'ordre des mots en langage oral. La syntaxe suit les lois de la perception et de la logique visuelle (Rasquinet M; 1995). Par exemple, on localise les éléments du discours dans l'espace, on situe les événements sur une ligne de temps, ou encore, les mouvements exécutés se modifient en fonction de l'action signée.

Chaque signe doit répondre à 5 paramètres : la configuration de la ou des mains, la localisation du signe par rapport au signeur, l'orientation c'est-à-dire la position de la paume de la main par rapport au signeur, le mouvement, et l'expression du visage. Il existe d'autres paramètres tels que la vitesse, la fréquence, le fait d'utiliser une ou deux mains, l'amplitude du signe, le mouvement du corps, la pression, etc.

Même s'il existe un certain degré d'iconicité dans les signes, c'est-à-dire un lien visuel entre le signe et la chose qu'il représente, ce lien n'est pas toujours évident à saisir, entre autres à cause de contraintes combinatoires.

De plus, les signes nécessitent de bonnes capacités praxiques, de planification et d'imitation motrice, ce qui peut rendre ce code difficile à appréhender.

► FS : Français Signé.

Le Français Signé est un moyen de communication utilisé en référence à la langue orale. Il correspond à l'utilisation des signes de la LSF, entre autres, mais suivant la syntaxe du langage oral. On peut utiliser la parole en parallèle, ainsi que la lecture labiale.

► SESAME.

Il s'agit d'une méthode gestuelle élaborée au début des années 1990 par le CFLS (centre francophone de la langue des signes) et le centre « La clairière ». Initialement créée pour des personnes atteintes de déficience mentale, elle comprend 430 gestes, issus en grande partie de la

langue des signes belge. Les autres signes proviennent soit de dialectes belges, soit de langues des signes étrangères, dans les cas où ils constituent une image plus accessible du concept ou s'ils s'avèrent plus aisés à réaliser. Un second syllabus de 376 gestes est sorti récemment.

Cette méthode s'adressait initialement aux personnes handicapées mentales modérées et sévères.

Nous allons maintenant présenter les aides combinant afférences visuelles statiques et dynamiques.

### 2.2.3. Les aides à afférences visuelles statiques et dynamiques.

Utiliser simultanément plusieurs afférences est une idée qui provient de la philosophie de la communication totale de Denton (1976). Selon lui, un individu doit pouvoir exploiter tous les canaux de communication à sa portée, susceptibles de satisfaire ses besoins. Le fait d'utiliser plusieurs afférences amènerait « une redondance du message » (Franc ; 1996), facilitant la compréhension. La possibilité d'utiliser plusieurs efférences permet à la personne de choisir le moyen de communication le plus adapté à ses capacités et à une situation précise.

Le but de la multimodalité est donc d'optimiser au maximum la communication de la personne.

C'est dans cette optique là qu'est utilisé l'outil suivant : le Makaton.

#### ► Le Makaton.

Le programme Makaton est un outil de communication multimodal élaboré par Mme Walker en 1970, afin d'aider les personnes souffrant de troubles de la communication et leur entourage. Cet outil a été introduit en France en 1995. Il est utilisable dans diverses pathologies et s'adresse aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte.

Le principe consiste à solliciter les canaux auditifs, visuels et kinesthésiques de la communication en combinant la parole, le geste et les pictogrammes.

Les signes ont pour objectif, en constituant un support visuel de la parole, de stimuler et de favoriser le développement de la verbalisation. L'utilisation du geste et de la parole entraînerait, chez certaines personnes avec autisme, l'émergence de la parole (Montfort M et Juarez Sanchez A ; 1992).

Les pictogrammes permettent eux l'installation de compétences tant sur le plan de la compréhension que de l'expression et pourront même faciliter l'apprentissage de la lecture.

Cette multimodalité doit donc permettre, au niveau réceptif, une meilleure compréhension. Au niveau expressif, la personne pourra se servir du moyen qui lui conviendra le mieux. Cela a pour but de développer les compétences de communication, de langage et de lecture chez des personnes ayant des compétences très diverses.

Les signes utilisés sont ceux de la Langue des Signes Française (quelques uns ont été modifiés) ; seuls les mots-clés sont signés, et ce, dans l'ordre du langage parlé.

Les pictogrammes utilisés sont propres au programme Makaton, et ils figurent, soit sur différents supports tels que des planches de communication, des panneaux muraux,... soit on les utilise directement dans l'échange avec la personne.

Le Makaton est composé :

- d'un vocabulaire de base regroupant 450 concepts. Ce vocabulaire concerne les besoins fondamentaux ou immédiats et permet de structurer les interactions.

- et d'un vocabulaire supplémentaire qui regroupe plus de 7000 concepts, pour élargir le vocabulaire de façon plus spécifique à la personne. Il y a une progression du vocabulaire, du plus simple dans un contexte familial, au plus complexe dans des contextes éducatifs et plus ouverts sur le monde extérieur.

Nous allons maintenant lister certaines difficultés que rencontrent les personnes avec autisme, et voir comment le programme Makaton y répond (Prudhon E. ; 2010):

<b><i>DIFFICULTES</i></b>	<b><i>REPONSES APORTEES PAR LE MAKATON</i></b>
Absence de reconnaissance de la voix humaine ; la personne avec autisme ne la distinguerait pas des autres sons de l'environnement (Gervais & al, 2004).	► L'utilisation de signes et de pictogrammes donne des indices supplémentaires et permet de segmenter le flux sonore en unités signifiantes.
Hypersensibilité auditive.	► Utilisation des signes et des pictogrammes sans la parole (cela doit tout de même être ponctuel).
Difficultés de compréhension.	► La redondance de l'information permet à la personne de recevoir l'information avec le canal qui lui est le plus accessible.
Difficultés au niveau du pointage et de l'attention conjointe.	► Utilisation de pictogrammes amovibles et/ou de classeurs de communication. ► Travail de l'attention conjointe avec certains signes.
Désordre dans le traitement temporel des événements multisensoriels (Gepner & al, 2005, Tardif & Gepner, 2009).	► L'utilisation de signes contraint à ralentir le débit de parole, ce qui aide à la compréhension ; et les expressions faciales sont également ralenties, accentuées et clarifiées.
Difficultés à organiser l'information et à dégager les éléments pertinents.	► Possibilité de donner une information à la fois, et de faire des pauses entre chacune d'elles. ► Hiérarchisation les informations.
Difficultés de généralisation.	► Le vocabulaire Makaton est constitué de concepts et non de mots. ► L'utilisation générique des verbes d'action est privilégiée.

Difficultés pragmatiques : les déictiques (je, tu ici, là-bas,...) sont des concepts qui posent problème aux personnes avec autisme.	► L'utilisation du toucher puis du pointage (pour les pronoms, les lieux,...) facilite la compréhension de la situation.
--	--

L'utilisation de ce genre d'outil de communication permet également de travailler sur des compétences de base (tour de rôle, initiative, maintien ou clôture de l'échange verbal,...).

Ce programme vise avant tout une communication fonctionnelle, il demande donc la participation de tous. De plus, il peut bien sûr être associé à d'autres outils.

Suite à cette présentation succincte des différents types d'aides visuelles, nous allons voir comment il est possible de choisir avec la ou lesquelles de ces aides nous allons travailler avec chaque personne avec autisme. Comment savoir quelle aide convient le mieux à chaque personne ?

### 2.3. Comment sont choisies ces aides visuelles ?

Nous constatons donc qu'il existe un grand nombre d'aides visuelles.

Dans le cas de personnes avec autisme, les problèmes importants de communication rendent évidemment difficile le choix des aides visuelles les plus adaptées.

Nous allons donc choisir ces aides à partir de la personne elle-même, de ses capacités, de ses besoins et de ses envies. En ce qui concerne ses capacités, il va falloir déterminer son niveau de compréhension : son niveau de « sense-making ». Et analyser à partir de là quelle est la forme d'aides visuelles qui correspond à ce niveau. Parallèlement à cela, il va falloir essayer de déterminer les besoins des Lucinois et des professionnels en termes de communication, à travers les observations de ces derniers, des parents et de l'entourage (remplissage d'un questionnaire sur la façon de communiquer).

Tout d'abord, nous allons effectuer une présentation du ComFor. Puis, nous évoquerons les besoins communicationnels des professionnels et des résidents des Lucines.

### 2.3.1. Le ComFor.

Comme nous l'avons présenté dans le tableau des diagnostics page 20, la majorité des personnes accueillies aux FAM des Lucines présentent un retard mental associé à un syndrome autistique, ce qui rend l'évaluation complexe. Un outil semble particulièrement adapté à l'évaluation de ce type de population : le ComFor.

Le ComFor se base en partie sur la théorie de la cohérence centrale évoquée précédemment (Noens I. et Van Berckelaer-Onnes I ; 2004).

C'est un instrument clinique développé par l'université de Leyden aux Pays-Bas, pour les personnes avec autisme. Il permet d'obtenir des indications précises sur la communication, afin d'individualiser les interventions au niveau de celle-ci. Il est donc particulièrement utile dans le cas de personnes avec autisme ayant peu ou pas de communication verbale.

Cet outil aborde deux questions fondamentales :

-A quel niveau de compréhension se situe la personne avec autisme ?

-Et quelle est la forme la plus appropriée de l'aide à apporter pour aider cette personne dans sa communication ?

Le niveau de compréhension dépend donc des compétences, du contexte et de l'environnement.

Ce test est composé d'objets, de pictogrammes, de photographies, de dessins (traits), et de mots écrits. Il est destiné à des sujets ayant un âge de développement compris entre 12 et 60 mois, établi selon la Vineland screener : moyen de mesure rapide et fiable du développement personnel et social, qui distingue quatre domaines du fonctionnement adaptatif : communication, habiletés de la vie quotidienne, socialisation et motricité (Sparrow S., Carter A., et Cicchetti, D. ; non publiés, cités par Noens I. et Van Berckelaer-Onnes I. ; 2007).

Le ComFor est composé de quatre niveaux. Ceux-ci « sont classés en stades de développement, mais il ne faut pas les voir comme des entités distinctes mais plutôt comme des étapes en interconnexion » (Angelmann C. ; 2010).

► Le niveau de sensation.

Ce niveau regroupe les expériences sensorielles de base : par exemple les réactions à l'environnement. Elles sont essentielles et peuvent, à force de répétition, acquérir une fonction de signal. Les personnes apprennent progressivement à reconnaître le lien entre action et réaction.

A ce niveau là, la communication doit être fonctionnelle et non référentielle. Les aides peuvent rendre une situation reconnaissable mais pas prédictible. De plus, il est très important que l'environnement et les activités soient très structurés ; l'espace doit être organisé très fonctionnellement et l'équipe doit fixer les routines et les scénarios d'activités.

► Le niveau de présentation.

A ce niveau, l'individu perçoit l'information dans un contexte concret, il apprend progressivement à communiquer dans la situation actuelle : il n'y a pas de possibilités d'anticiper les événements à venir, il est dans l'ici et maintenant.

Il devient capable de combiner les tâches complexes telles que le regard, le pointage, le contact visuel et la vocalisation.

Pour qu'il y ait compréhension, la signification doit être littéralement présente : par exemple, la personne comprend la signification d'un verre s'il y a une boisson dedans. La personne n'a donc pas accès à la fonction symbolique.

A ce stade, pour associer deux pictogrammes ou deux objets identiques, il n'y a pas besoin de compréhension.

► Le niveau de représentation.

Ce niveau comprend l'utilisation de symboles pour représenter un référent. Il y a une compréhension du sens caché, de la fonction référence de l'objet, du pictogramme, du geste,...

Le développement de la permanence de l'objet est une condition nécessaire pour atteindre le niveau de représentation ; en utilisant un symbole il faut être capable de représenter ou imaginer le référent tandis que celui-ci, dans sa forme concrète, n'est pas là.

La représentation implique une certaine conscience que le symbole et le référent ne sont pas identiques, mais deux entités différentes.

#### ► Le niveau de métareprésentation.

Ce niveau est atteint lorsque la personne perçoit l'intention qui est mise derrière l'information fournie.

Les métareprésentations font partie intégrante du langage humain, dans l'humour, l'ironie,...

Une personne avec autisme atteint très rarement le niveau de métareprésentation, et dans le cas où il y a autisme et retard mental, le niveau de représentation est lui aussi difficilement atteint et maîtrisé.

Il arrive souvent que des personnes aient la parole à disposition, mais qu'ils n'arrivent pas à s'en servir pour communiquer car ils ne possèdent pas de représentations. Ils peuvent nommer un objet, un pictogramme, ... sans comprendre que cela correspond à une action (Wetherby A.M., Prizant B.M. et Schuler A.L ; 2000, cités par Noens I et Van Berckelaer-Onnes I ; 2004).

Malgré cela, aux niveaux de sensation et de présentation, la communication est évidemment possible.

Afin de permettre une évaluation relativement complète et précise des compétences de la personne, il paraît intéressant de rattacher au ComFor un autre test : l'ABLA.

Ce test est un outil d'évaluation pouvant servir dans l'élaboration d'un programme éducatif individualisé pour des personnes avec troubles envahissants du développement sans langage.

Il est destiné à évaluer les compétences maîtrisées par la personne et le type de tâche qui peut être appris, afin de déterminer le support de communication le plus approprié. Ce test n'est pas basé sur des repères développementaux mais sur l'analyse des compétences mises en œuvre lors d'activités qu'ils aiment ; ceci s'avère être très important car déterminer un âge développemental est insuffisant pour une personne avec TED étant donné l'hétérochronie de développement importante dans ces pathologies.

Il est surtout discriminant pour les personnes avec une déficience intellectuelle sévère ou profonde.

L'ABLA est composé de six niveaux :

- Niveau 1 : imitation immédiate.
- Niveau 2 : discrimination spatiale.
- Niveau 3 : discrimination visuelle.
- Niveau 4 : appariement à l'échantillon.
- Niveau 5 : discrimination auditivo-visuelle.
- Niveau 6 : association auditivo-visuelle.

Le niveau 5 étant peu discriminant, il a d'abord été abandonné, puis il y a actuellement de nouvelles propositions d'épreuves plus discriminantes en attente.

Ce test est intéressant par sa simplicité d'utilisation, mais seul, il n'est pas assez précis ; il est indispensable de compléter et d'affiner les observations afin de pouvoir choisir le support de communication le plus approprié et le niveau auquel l'utiliser.

L'évaluation la plus adaptée, et la plus complète à ce jour apparaît donc être le ComFor.

Lorsque nous procédons à cette évaluation, il est important d'avoir conscience que depuis les écrits de Siegel (1978), il faut faire la distinction entre la reconnaissance d'image et la compréhension d'image : une image peut être reconnue sans pour autant être comprise. La reconnaissance d'un objet photographié n'est pas équivalente à la compréhension de la nature de l'image ou de la relation entre l'image et son référent (Deloache J.S et Burns N.M. ; 1994).

Cette évaluation propose des épreuves d'une complexité croissante avec des objets, des dessins, des photographies et des pictogrammes de plus en plus difficiles à reconnaître, à identifier et à utiliser. Cette évolution de la difficulté se traduit aussi par le passage d'épreuves qui s'appuient sur l'encastrement tout d'abord, à des épreuves qui s'appuient sur l'association ensuite.

Nous évaluons donc les niveaux de « sense-making » que sont : les niveaux de présentation et de représentation.

Le niveau de sensation n'est pas évalué directement ; on y vient si jamais la personne ne remplit pas les conditions au niveau de présentation. A ce moment-là, une évaluation supplémentaire sera nécessaire pour plus de précisions.

De même, le niveau de métareprésentation n'est pas considéré dans un premier temps. Si jamais une personne réussit aisément les épreuves du niveau de représentation, alors nous pourrions nous intéresser à ce niveau à l'aide d'une évaluation supplémentaire.

► Niveau 1 : niveau de présentation. Il est composé de trois séries.

La série 1 comprend quatre items, la série 2 en comprend sept, et la série 3 en comprend dix.

La série 1 consiste en de l'assemblage d'objets ; un objet, puis deux, puis trois.

La série 2 est composée d'épreuves de tri d'objets. Les sept items sont organisés avec une difficulté croissante ; plus on avance dans le test et moins les objets ont de critères qui les différencient (forme, couleur, taille, utilité). Chaque item comprend trois types d'objets différents.

La série 3 est également composée d'épreuves de tri (toujours trois types d'éléments à trier, avec une ressemblance, et donc une difficulté croissante), mais cette fois-ci il s'agit successivement de :

- photographies en couleurs d'objets,
- de dessins d'objets,
- de pictogrammes représentant des objets,
- de photographies en noir et blanc de personnes en action,
- de pictogrammes d'actions,
- de lettres,
- de photographies noir et blanc d'actions,
- de dessins d'actions,
- de chiffres,
- et de mots.

Niveau 2 : niveau de représentation. Il est composé de deux séries.

La série 4 comprend cinq items et la série 5 en comprend huit.

La série 4 est tout d'abord composée d'épreuves de tri de différents types d'objets ; pour un même type d'objet il y a des différences plus ou moins importantes entre eux. Ensuite, les épreuves consistent à trier des dessins en couleurs représentant des objets (trois types). Mais cette fois-ci les objets identiques se trouvent dans des situations différentes.

Enfin, la série 5 comprend des épreuves de tri d'objets : il faut faire correspondre les objets avec leur photo couleurs, puis avec la photographie couleurs du même objet mais non identique, puis avec le pictogramme correspondant, puis avec le pictogramme de l'action correspondante, puis avec une photographie couleurs de l'action correspondante. Pour finir, il faut faire correspondre des photographies couleurs d'objets avec le nom écrit de l'objet.

Cette évaluation nous permet donc d'établir le niveau de « sense-making » de la personne évaluée. Il faut ensuite déterminer quelle aide à la communication sera la plus adaptée ; comment choisir le support ?

Comme nous l'avons dit, l'objectif de ce test est d'avoir des indications cliniques et individualisées au niveau des aides à la communication, et plus particulièrement des aides visuelles. Qu'est ce que la personne arrive à comprendre et à faire ? Et qu'est ce qu'elle n'arrive pas à comprendre, ni à faire ?

Ce test va donc nous permettre de déterminer quelle forme de communication visuelle statique est la plus adaptée, et à quel niveau nous devons l'utiliser.

Après analyse des résultats, nous pouvons donc voir avec le ou lesquels de ces supports visuels la personne comprend le mieux le message, et donc avec le ou lesquels elle sera en mesure d'avoir la communication la plus performante : par exemple, comprendre la succession des activités qui composent son emploi du temps, ou encore exprimer un choix, une préférence...

Lorsque nous commençons à travailler avec ces supports, il est important de se situer en dessous du niveau évalué avec le ComFor car le test est administré dans des conditions optimales : dans une situation structurée avec une guidance et en relation duelle. De plus, peu importe le test, il y a toujours une certaine instabilité des résultats optimaux.

Nous disposons alors d'indications pertinentes sur le support visuel le plus adapté à la personne d'une part, et sur le niveau de « sense-making » de celle-ci. Cette base va permettre d'élaborer un programme thérapeutique individualisé dans lequel les aides visuelles auront une importance capitale. Ces aides pourront également s'intégrer dans des programmes d'aide à la communication plus larges.

Parallèlement à ce travail, il va de soi qu'il est essentiel de voir quels sont les besoins en aides visuelles des personnes et des professionnels qui les entourent, afin d'utiliser ces aides de la meilleure façon possible, toujours dans un but d'adaptation et d'individualisation de celles-ci.

### 2.3.2. Les besoins en aides visuelles.

En vue de l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé d'aide à la communication, il est primordial de savoir quels sont les besoins des personnes : les besoins des Lucinois et les besoins des professionnels. Ici, nous nous intéresserons plus précisément aux besoins en aides visuelles.

Afin de pouvoir connaître ceux-ci, nous devons nous appuyer sur le ou les bilans orthophoniques, sur l'ensemble des bilans réalisés en amont par les autres paramédicaux, sur les observations des professionnels accompagnant au quotidien, ainsi que sur les observations de l'entourage proche. Nous nous basons donc sur les difficultés, les retards, les déficits de la personne, mais surtout sur les capacités, les intérêts et les ressources de celle-ci.

#### ► Les besoins des Lucinois.

Les Lucinois possèdent des besoins individuels, et du fait de la vie en institution, l'individuel s'inscrit inévitablement dans un collectif.

En premier lieu, au niveau individuel, les aides visuelles doivent répondre au besoin primordial qu'est la communication : « la communication est notre patrimoine commun, le creuset de nos relations affectives » (Dansart P. ; 2010). Elle se situe au cœur du quotidien de la personne. Ce qui nous paraît simple, comme exprimer une envie, l'est beaucoup moins pour des personnes à qui la communication fait défaut.

Les aides visuelles vont donc être mises en place afin de leur permettre d'augmenter leur compréhension et leur expression.

Ainsi, les personnes vont s'en servir pour exprimer des choix, des envies, des préférences : envie de boire ou de manger quelque chose par exemple, envie d'aller aux toilettes, refus de participation à une activité, refus d'un aliment,... Cela répond à des besoins quotidiens essentiels. Prenons un exemple d'aide visuelle permettant d'exprimer une de ces envies : afin de faire part de son envie d'aller aux toilettes, la personne se sert d'un objet référent mis en place, le rouleau de papier toilette.

Les Lucinois peuvent également se servir de ces aides pour exprimer des émotions comme la peur, le bien-être, le mal-être, la tristesse, le bonheur,... Il est de même extrêmement important de leur offrir la possibilité de faire part de leurs douleurs afin de leur apporter les soins nécessaires.

Au niveau de la communication, ces aides peuvent permettre de gérer certains comportements en aidant à l'explication de ce qu'ils ont le droit de faire et de ne pas faire. De plus, une aide leur permettant d'augmenter leur expression peut suffire à éviter des comportements problématiques.

Nous pouvons ajouter que, ces aides visuelles ayant pour but une meilleure compréhension et une meilleure expression, elles répondent au besoin de chacun qui est d'échanger avec l'autre, de prendre part à des interactions, si infimes soient elles ; il ne faut pas omettre la notion de plaisir à être dans la communication.

Enfin, ces aides, que ce soit objets, images, pictogrammes, signes,..., pour certaines personnes, peuvent répondre au besoin de communication en aidant à la structuration du langage oral.

Nous avons évoqués précédemment que les personnes avec autisme avaient besoin d'une structuration du temps, et d'une structuration de l'espace et de l'environnement. Les aides visuelles, par rapport à leur caractère statique, apportent un cadre, une stabilité et une prévisibilité de l'espace et du temps qui sont nécessaires ; elles permettent de clarifier ces deux éléments. Par exemple, un planning de la journée permet une prévisibilité ; le timer structure temporellement une séance ou une activité ;... Au niveau spatial, des photographies des pièces, des salles d'activités, ou encore une signalétique au niveau des divers rangements, sont autant d'exemples d'aides visuelles structurantes.

En second lieu, les personnes résidant aux Lucines vivent au sein d'un collectif. Étant donné les pathologies présentées par celles-ci, les aides visuelles jouent un rôle primordial dans leur vie sociale.

L'ensemble des éléments décrits dans les besoins individuels sont bien évidemment impliqués dans le collectif ; la communication de chacun, la structuration de l'espace et la structuration du temps sont autant d'éléments présents, à travers l'individu, dans le groupe des résidents Lucinois : la communication passe avant tout par l'autre.

A travers des activités de groupe, telles que l'équitation, l'atelier pâtisserie, le lien K'nin,... ou encore des moments quotidiens où les résidents se retrouvent (repas ou autres moments non programmés) se développe une ouverture, une vie sociale.

Dans toute vie sociale, il y a une nécessité de respect de l'autre, de ce qu'il est, de son espace. Par exemple, la signalétique au niveau des espaces privés de chaque résident permet d'aller dans ce sens : chacun a sa photo sur la porte de sa chambre signifiant que c'est son espace propre.

Les aides visuelles offrent la possibilité d'exprimer et de mettre en place des règles indispensables à la vie en communauté ; les consignes peuvent être transmises avec l'aide de pictogrammes, de photographies, de signes,... Cela permet l'expression de ce que les résidents ont le droit de faire et de ne pas faire, de ce qu'il est bien de faire ou non (exemple : utilisation des pictogrammes bien/pas bien, autorisé/interdit,...). Comprendre ces règles est important pour les résidents, pour qu'ils puissent se sentir bien au sein du collectif, et pour les protéger de certains comportements qui pourraient porter atteinte à leur intégrité physique et mentale. Par exemple, dans la gestion d'un comportement problème comme un conflit entre deux résidents, il peut être mis en place un support visuel expliquant qu'il est interdit de pousser ou de taper l'autre.

Toutes ces aides visent à donner des repères structurants aux Lucinois, afin qu'ils puissent avoir autant que possible une prise sur leur environnement et sur leur quotidien. Le but est de les amener à être le plus autonome possible : autonomie personnelle, au quotidien, dans les activités domestiques et d'hygiène, dans l'autogestion de leur temps libre, ... pour qu'ils aient un confort de vie maximum.

► Les besoins des professionnels.

Les Lucinois ne sont pas les seuls à avoir besoin et à bénéficier des aides visuelles. Inévitablement, les professionnels évoluant à leurs côtés possèdent eux aussi des besoins en aides visuelles, que ce soit dans leurs relations aux résidents, ou dans leurs relations entre eux.

En premier lieu, nous allons présenter les besoins des professionnels avec les résidents.

Lorsque des projets thérapeutiques individualisés d'aide à la communication sont mis en place avec les résidents, cela implique que les professionnels investissent pleinement les aides proposées. Pour cela, ils doivent bien évidemment se former et s'informer. Ils participent à l'élaboration des projets, font part des besoins des résidents, et par la même occasion, constatent ce dont ils vont avoir besoin eux-mêmes.

Au niveau de la communication, les professionnels doivent connaître les aides visuelles mises en place, leur signification, et ils doivent maîtriser leur utilisation. Avec chaque résident, il faudra s'adapter, individualiser sa communication ainsi que son comportement. Une bonne communication (compréhension et expression) est la base de tout professionnel évoluant dans ce type d'environnement.

Les professionnels ont donc besoin de maîtriser et d'avoir sur eux des pictogrammes de base : bien/pas bien, interdit, attendre, dormir, silence, debout/assis, ...

Ils ont besoin également de maîtriser un certain nombre de signes que peuvent utiliser certains résidents, ils doivent être capables de les comprendre et de s'exprimer avec.

La signalétique est utilisée par les professionnels pour transmettre des messages aux résidents ; par exemple, pour signifier qu'ils travaillent dans une pièce et qu'ils ne veulent pas être dérangés, ils peuvent utiliser l'image d'un sens interdit en la mettant sur la porte.

Concrètement, la communication étant un échange de tous les instants, les professionnels ont besoin de connaître et de maîtriser toutes les aides visuelles mises en place avec les résidents, cela constituera un socle solide pour communiquer et avancer avec eux.

Nous allons conclure ce paragraphe avec un exemple de besoin concret ; il concerne à la fois les professionnels avec les résidents et les professionnels entre eux. Lors des repas, il arrive que le personnel change d'unité de vie pour diverses raisons (réunions, absences,...). Comment connaître les particularités du repas pour un professionnel qui ne travaille qu'occasionnellement sur l'unité ? Il y a ici un besoin primordial d'information, de communication. La solution trouvée par l'équipe des Lucines a été de disposer une aide visuelle sur un coin de chaque table, avec une photographie montrant le type de couverts utilisés et leur disposition, et une photographie de la position dans laquelle le résident prend son repas. Il y a également un portrait du résident pour que celui-ci ainsi que le professionnel sachent où se trouve sa place.

Donc, cette aide visuelle permet au professionnel de respecter les mises en place faites par l'ensemble de l'équipe, au profit du résident.

En second lieu, nous allons présenter les besoins des professionnels entre eux.

Le caractère statique d'un certain nombre d'aides visuelles permet une meilleure circulation des informations et des consignes auprès des professionnels. Cela apporte une réponse aux besoins de communication présents dans tous les établissements ou institutions ; communication indispensable à une cohérence des aides et des actions mises en place.

Par exemple, le classeur de transmission à disposition des professionnels permettant de répertorier et de signaler par écrit les événements récents concernant chaque résident, doit être consulté régulièrement.

De même, un planning avec le nom des résidents et leurs différentes activités est affiché pour les professionnels. Cela peut leur permettre de mieux comprendre les résidents et leur comportement (exemple : un comportement différent lié à une activité ? à une surcharge d'activités ?...), et aussi de savoir où ils sont et ce qu'ils font.

Afin de respecter au mieux certaines consignes, des aides visuelles sous forme d'écrits peuvent être affichées dans l'établissement ; cela renforce les informations fournies lors des différentes

réunions. Elles s'adressent aux professionnels et traitent d'éléments centraux comme par exemple : « emmenez X aux toilettes à tel moment de la journée ».

En ce qui concerne les professionnels entre eux, les aides visuelles ont donc essentiellement pour but d'améliorer la circulation des informations et des consignes mises en place pour améliorer le quotidien des résidents, et par la même occasion, des professionnels eux-mêmes.

Pour conclure sur le choix des aides visuelles, nous pouvons affirmer que la personne est l'élément central de celui-ci, mais il ne faut pas oublier l'environnement : le lieu, les professionnels, la famille,... De plus, il apparaît essentiel de travailler avec des aides visuelles significatives et motivantes pour cette personne : elle travaillera mieux avec des éléments qui la motivent.

Comme le dit C.Angelmann (2010) : « le choix de ces aides doit donc se faire judicieusement, correspondre aux besoins et trouver l'adhésion de l'entourage, famille et institution ; ce doit être une décision consensuelle car l'implication de tous est indispensable ».

Suite à cela, une nouvelle question se pose : comment mettre en place ces aides visuelles ?

#### 2.4. Comment les mettre en place ?

La mise en place des aides visuelles est une des étapes essentielle dans l'élaboration d'un projet thérapeutique d'aide à la communication ; c'est la mise en forme, l'application concrète de toutes les investigations menées auparavant.

Bien sûr, les aides visuelles étant choisies et adaptées en fonction de la personne, de ses besoins, de son niveau de « sense-making » et de son environnement, elles vont être mises en place de façon individualisée.

Le besoin d'une aide visuelle pour une personne émerge lors du bilan orthophonique, où lors des discussions entre professionnels en réunion clinique. L'orthophoniste fait alors une proposition de support visuel. Cette proposition est discutée, et une fois que le type d'aide visuelle a été déterminé, reste à savoir sous quelle forme elle sera la plus adaptée et la plus efficace.

A partir de là, l'orthophoniste effectue alors un travail de recherche et/ou de création des aides visuelles. En effet, le caractère individuel des aides utilisées implique que les différents professionnels, accompagnés de l'orthophoniste, créent régulièrement de nouveaux supports visuels. Cette dernière doit également disposer d'une banque de signes, d'une banque de pictogrammes, ... qui constitueront des outils de base afin de soigner le choix des aides visuelles.

Lors de cette élaboration de support, il va falloir prendre en compte différents critères ergonomiques tels que la taille du support (pour une visibilité suffisante), sa forme (pour une préhension adaptée) et sa localisation (hauteur, endroit). Encore une fois, il s'avère indispensable de s'adapter aux caractéristiques perceptives de la personne, en considérant également ses caractéristiques physiques et motrices.

Nous pouvons alors introduire l'aide visuelle auprès de la personne en lui faisant repérer celle-ci, en lui montrant son utilité et, si possible, en la lui expliquant afin qu'elle puisse comprendre. L'accompagnement doit être progressif et nous devons nous assurer que cela a du sens pour la personne.

Cette introduction a lieu, soit en séance d'orthophonie, soit sur un temps individuel sur le lieu de vie. « L'utilisation d'une aide visuelle vise à faire progresser la personne dans sa communication, mais ce n'est en aucun cas leur introduction elle-même qui est la source de progression. L'évolution est le résultat d'un long travail dans la vie quotidienne » (Prudhon E., 2011).

D'après Stephenson J. et Linfoot K. (1996), « il semble que l'utilisation initiale doive se limiter à l'identification dans des contextes restreints ; il serait bon de s'assurer que ces contextes de départ sont fonctionnels pour la personne qui fait l'apprentissage ». Ensuite, il sera envisageable qu'elle passe de l'individuel au groupe, puis à la situation éducative et enfin à la situation

naturelle. Parfois, même s'il y a des progrès importants en séances individuelles, cela ne signifie pas qu'elle puisse transcrire ceux-ci dans la vie quotidienne. Nous pouvons alors réinsister sur la nécessité de la participation de tous les acteurs du quotidien : professionnels et famille. Des échanges réguliers avec l'entourage familial doivent permettre de l'intégrer comme acteur de la prise en charge au niveau des aides visuelles, entre autres.

Le potentiel de communication doit être dynamisé et renforcé quotidiennement, et pas seulement dans le bureau de l'orthophoniste. Cela nécessite un contexte social spontané quotidien où les aides visuelles sont fréquemment rencontrées afin qu'il y ait davantage de situations possibles d'apprentissage.

Les interlocuteurs doivent faire preuve de constance et de persévérance dans les propositions qu'ils font aux personnes utilisant des aides visuelles, afin qu'ils comprennent leur environnement et qu'ils puissent faire des choix.

« Il va falloir des mises en situation répétées, fréquentes, pour que l'utilisation de ces aides devienne familière et procure ainsi un sentiment de sécurité » (Prudhon E., 2011) ; il faut provoquer ces situations d'échange. Au maximum, cette utilisation doit être effectuée selon le même schéma dans le but de les rassurer en leur offrant des repères et de la stabilité ; cela demande une certaine rigueur de la part des interlocuteurs.

Ils doivent donc s'approprier progressivement ces aides visuelles.

Dans la mise en place de celles-ci, Angelman C. (2010) nous rappelle un principe incontournable : au départ, il est indispensable d'inciter la personne à faire des demandes avec l'aide visuelle, et d'y apporter une réponse favorable et rapide dans un premier temps. Ensuite, dès que le principe de la communication, de l'échange est saisi, il faut introduire la notion de refus de la part de l'interlocuteur.

Les différents professionnels doivent entretenir l'envie de communiquer, la motivation des personnes, en cherchant à les comprendre constamment ; cela les valorise et peut les pousser à s'exprimer et vouloir échanger davantage.

Comme le dit Frith U. (2008): « une grande partie des efforts de communication doit, bien sûr, être à la charge de l'individu non autiste ».

Pour conclure sur la mise en place et l'utilisation concrète de ces aides visuelles, il y a deux éléments importants à évoquer :

-au bout d'un certain moment, ne pas hésiter à déplacer les aides visuelles car il peut y avoir un phénomène d'habituation qui fait que la personne n'y prête plus attention, ne les voit plus.

-ne jamais enlever ces supports, même lorsqu'on ne les pense plus utiles car utilisés et acquis depuis longtemps, parce qu'en période de stress les personnes avec autisme peuvent « perdre » certaines compétences qu'on pensait acquises, et à ce moment-là elles peuvent se réappuyer sur ces supports.

En ce qui concerne l'évolution de l'utilisation de ces aides visuelles, nous sommes donc constamment dans une recherche d'adaptation à la personne. Il faut être suffisamment confiant par rapport aux aides mises en place pour continuer à travailler avec malgré des progrès qui peuvent être extrêmement lents. Il ne faut pas comparer ce que fait la personne avec ce que fait une autre personne, mais à ce qu'elle faisait hier. Mais, il paraît tout aussi important de pouvoir remettre en question ce que l'on fait afin de pouvoir réadapter de la façon la plus pertinente possible les aides visuelles mises en place.

## **PARTIE 3 : Les Lucinois et leurs aides visuelles.**

Dans cette partie, nous allons tour à tour présenter et traiter le cas des 23 résidents Lucinois. En fonction de leur bilan orthophonique, de leurs caractéristiques individuelles et des observations des professionnels ainsi que de la famille, nous allons déterminer leur niveau de « sense-making », et quel type d'aide visuelle est le plus adapté.

Par la suite, toujours pour chacun des résidents, nous procéderons à un historique des aides visuelles qui ont été mises en place, nous ferons un état des lieux des aides actuelles, et nous verrons quelles perspectives sont envisageables pour le futur.

Enfin, nous discuterons des limites que peut rencontrer ce système de communication mis en place autour des aides visuelles.

### **1. Les 23 Lucinois.**

#### **Unité de vie : la Palmeraie**

##### 1.1. Cas d'AC.

###### 1.1.1. Diagnostic médical.

AC est un homme né le 02/04/1986. Il présente un retard mental grave dans le contexte d'un syndrome de Di-Georges.

### 1.1.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé au mois d'avril 2008.

AC présente des difficultés de motricité bucco-faciale avec une fuite vélaire, et une absence de langage oral.

Toutes les fonctions de communication sont remplies à l'exception de la demande d'information. AC ne demande pas d'informations à propos de ce qu'il ne sait pas.

Il utilise différents modes de communication : principalement les signes issus du Makaton, ainsi que des gestes (gestes conventionnels dont il a élargi le sens), le regard, le positionnement de son corps, les mimiques, des images. Seule la voix n'est pas utilisée.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche d'AC, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation. Il a accès à la fonction de symbolisation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il est possible et pertinent de travailler avec AC sur des aides visuelles statiques telles que des photographies et des pictogrammes, et sur des aides visuelles dynamiques telles que des signes. Une mise en place d'un travail autour du programme Makaton correspond à ces différents éléments.

### 1.1.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Au départ, différents supports visuels ont été élaborés pour aider à la communication avec AC.

Par exemple, son comportement étant parfois difficile à gérer pour les différents professionnels, un support visuel avec un système de récompenses avait été instauré (Cf annexes): lorsqu'une matinée se passait sans incident, une gommette verte (visage d'un personnage qui sourit) était

accrochée sur le tableau de sa semaine. A l'inverse, il était accroché une gommette rouge. Un total de six gommettes vertes à la fin de la semaine lui donnait le droit de pratiquer une activité qu'il aime, cinéma ou piscine. Cela a permis de réguler ses comportements difficiles.

D'autres aides visuelles ont été mises en place. Deux supports composés de photographies et de pictogrammes permettaient aux professionnels de communiquer avec AC sur des éléments essentiels de son quotidien. Le premier expliquait la chose suivante : « quand je suis en colère, je n'ai pas le droit de taper ». Et le second montrait à AC comment demander sans taper, à sa partenaire qui est également une résidente du foyer des Lucines, si elle désirait avoir des relations sexuelles avec lui (Cf annexes).

Par ailleurs, lors de son arrivée au foyer, AC avait déjà travaillé sur le programme Makaton. Il disposait d'une connaissance d'un certain nombre de signes et de pictogrammes. Ce travail a donc été poursuivi.

#### 1.1.4. Etat des lieux.

Actuellement, le Makaton continue bien évidemment à être utilisé et travaillé. Ce travail porte sur la précision des signes ainsi que sur le stock de signes et de pictogrammes connus et utilisés. Il consiste également à améliorer l'enchaînement de plusieurs signes (deux, voire trois), c'est-à-dire la formation de phrases permettant une meilleure expression et une meilleure compréhension.

Dans le cadre du Makaton, un kit de pictogrammes attaché à la ceinture des professionnels est également utilisé avec AC. Ils servent aussi bien à ce dernier qu'aux professionnels, afin d'établir une meilleure communication.

Enfin, un emploi du temps à la semaine, avec photographies et pictogrammes est affiché dans la chambre de cette personne, afin de lui apporter une structure, un cadre temporo-spatial.

#### 1.1.5. Perspectives.

Les perspectives concernant cette personne sont simples : il comprend et se fait comprendre relativement bien, il est dans l'interaction ; il est donc indispensable de continuer à travailler autour des supports mis en place. L'emploi du temps doit continuer à être utilisé quotidiennement, ainsi que le kit de pictogrammes. L'utilisation et l'apprentissage du Makaton doivent se poursuivre également.

## 1.2. Cas d'ED.

### 1.2.1. Diagnostic médical.

ED est une femme née le 06/05/1985. Elle présente un autisme, avec un retard mental grave.

### 1.2.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en Septembre 2009.

ED présente des difficultés de motricité bucco-faciale qui ont des répercussions sur son alimentation.

Elle présente une absence de langage oral ainsi que des difficultés de communication. Elle comprend les situations de la vie quotidienne et met en place quelques comportements particuliers afin de communiquer ses demandes et ses refus. Elle présente entre autres, une écholalie différée qui lui sert à entrer en communication avec ses interlocuteurs, mais celle-ci reste discrète.

#### ►Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche d'EC, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au premier niveau qui est le niveau de sensation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, les objets référents semblent être le type d'aide visuelle le plus adapté de par leur caractère statique et leurs caractéristiques physiques.

#### 1.2.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Par le passé, deux objets référents ont été mis en place dans le but de permettre à ED d'anticiper deux activités de son quotidien.

#### 1.2.4. Etat des lieux.

Aujourd'hui, ces deux objets référents ne sont plus utilisés car ils n'avaient probablement pas assez de sens pour ED. La communication et le cadre recherchés à travers leur utilisation ne se sont pas mis en place.

#### 1.2.5. Perspectives.

Les perspectives au niveau des aides visuelles se traduisent tout de même en termes d'objets référents. La difficulté est de trouver des objets qui ont du sens pour EC ; il faudrait passer par des objets lui procurant une sensation particulière au toucher, et qui évoquent des éléments agréables du quotidien d'EC. Par exemple, une poignée de vélo pourrait lui permettre de demander cette activité qu'elle affectionne. Si un travail autour de cet objet référent aboutit à la possibilité de faire une demande pour EC, il sera possible alors d'introduire un second objet, puis un autre... Tout cela sera très progressif.

### 1.3. Cas de MG.

#### 1.3.1. Diagnostic médical.

MG est un homme né le 26/09/1958. Il présente un autisme.

### 1.3.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en septembre 2009.

MG présente des difficultés de motricité bucco-faciale qui ont des répercussions importantes sur son alimentation ; il ne mastique pas et le risque de fausse route est très élevé.

Il possède quelques mots à l'oral et présente une écholalie immédiate partielle. Cette écholalie lui sert à prendre son tour dans une conversation ou à répondre à son interlocuteur. Il peut se faire comprendre par des mots-phrases. Il présente également des particularités de communication et toutes les fonctions de communication ne sont pas remplies. Il utilise le langage oral dans un but communicatif.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de MG, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, les photographies semblent être le type d'aide visuelle le plus adapté. En effet, MG montre un intérêt tout particulier pour ce type de support.

### 1.3.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Au niveau des aides visuelles, un support a été élaboré afin de permettre à MG de communiquer autour d'un thème qui lui tient à cœur, sa mère. Ce support est constitué de photographies et de quelques pictogrammes (Cf annexes).

#### 1.3.4. Etat des lieux.

Actuellement, en plus du support cité précédemment, MG dispose d'un album photo contenant différentes photographies de lui et de sa vie. Ce support est très utile car il permet de rentrer en communication avec MG, et il permet de partager et d'échanger sur lui et sa vie.

Il possède également un emploi du temps à la journée constitué de photographies et de pictogrammes, afin qu'il puisse visualiser et prévoir ce qui va se passer dans sa journée.

#### 1.3.5. Perspectives.

Il y a comme projet de modifier l'album photo qui est actuellement utilisé. Une structure temporelle va y être ajoutée. Pour le moment, les photographies sont disposées de façon aléatoire dans l'album ; le but serait de constituer l'histoire de vie de MG afin de permettre de développer les échanges et de structurer cet outil de communication. Cela pourrait aider MG à structurer sa pensée et ses idées lorsqu'il se sert de celui-ci pour communiquer. Il sera donc nécessaire de l'aider à le comprendre et à l'utiliser.

### 1.4. Cas de CL.

#### 1.4.1. Diagnostic médical.

CL est une femme née le 21/05/1989. Elle présente un retard mental moyen dans le contexte d'une trisomie 21.

#### 1.4.2. Bilan orthophonique.

Un premier bilan a été réalisé le 29/04/2008.

CL présente des difficultés de motricité bucco faciale qui entraînent des difficultés d'alimentation.

En ce qui concerne le langage, le niveau lexical est homogène en expression et en réception. Elle possède environ une petite centaine de mots (déformés sur le plan articulatoire). Il y a apparition d'un bégaiement lorsqu'on sollicite CL. Elle produit des associations de deux mots en combinant deux modalités : orale et signée ; elle comprend le même type de phrases (sujet-verbe-complément). Le programme Makaton est un support important pour elle, il favorise le développement de son langage verbal et lui permet de faire des demandes plus fréquentes.

Un second bilan a été réalisé en juillet 2010.

Celui-ci met en évidence une légère progression dans les épreuves « lexique en production » et « compréhension syntaxique ». Cette progression ne reflète pas l'impression clinique qui avait motivé la proposition de ce bilan. Une homogénéité entre les versants expressif et réceptif est encore constatée. Il existe un décalage entre la compréhension lexicale et la compréhension morphosyntaxique au profit de la compréhension lexicale. De plus, il est important de signaler l'incompréhension des phrases négatives de la part de CL.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de CL, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il est possible et pertinent de travailler avec CL sur des aides visuelles statiques telles que des photographies et des pictogrammes, et sur des aides visuelles dynamiques telles que des signes. Une mise en place d'un travail autour du programme Makaton correspond à ces différents éléments.

#### 1.4.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Les aides visuelles qui ont été mises en place sont des supports basés sur des éléments issus du programme Makaton : pictogrammes et/ou signes.

Un support visuel à base de photographies et de pictogrammes a été élaboré afin de permettre une communication sur la vie sexuelle de CL.

La psychologue du foyer se servait également de pictogrammes représentant les différentes émotions afin de comprendre celles-ci et de travailler dessus (Cf annexes).

Plus globalement, le Makaton a été mis en place et travaillé avec l'orthophoniste : apprentissage des signes et des pictogrammes, ainsi que de leur utilisation, en accord avec le niveau de CL et ses capacités d'apprentissage : elle en comprend plus qu'elle n'en utilise. Par ailleurs, il est important de noter que cette personne disposait d'un classeur de communication basé sur les pictogrammes du Makaton à son entrée au FAM des Lucines. Mais, il n'est volontairement pas utilisé afin de rester, au quotidien, dans un processus dynamique de communication, et donc de mettre l'accent sur l'utilisation des signes.

#### 1.4.4. Etat des lieux.

Actuellement, les supports déjà mis en place sont toujours utilisés. Une aide visuelle basé sur des photographies et des pictogrammes a été conçue afin de mettre fin à un comportement problème de CL : cette aide explique qu'il est interdit de taper sur une autre résidente.

Le Makaton continue d'être appris et utilisé. En plus de l'apprentissage de nouveaux signes et de nouveaux pictogrammes, CL travaille l'enchaînement de deux mots et de phrases de type sujet-verbe-complément, sur les versants réceptifs et expressifs. L'accent est mis sur la réalisation pratique des signes car CL présente des difficultés à ce niveau.

#### 1.4.5. Perspectives.

Bien évidemment, le travail autour du Makaton va se poursuivre.

Un emploi du temps à la semaine à base de photographies et de pictogrammes va être mis en place dans la chambre de CL afin de structurer son environnement.

Enfin, il a été évoqué l'idée de mettre un agenda à la disposition de CL. Elle pourrait y coller les pictogrammes représentant ses activités de la semaine, ce qui lui permettrait de raconter sa semaine à sa famille. Cela serait un moyen de communication supplémentaire pour CL, sa famille et les professionnels.

## 1.5. Cas de TL.

### 1.5.1. Diagnostic médical.

TL est un homme né le 09/05/1986. Il présente un autisme.

### 1.5.2. Bilan orthophonique.

Un premier bilan a été réalisé en avril 2008.

TL présente des difficultés de motricité bucco faciale qui entravent son élocution.

Il existe un décalage entre les versants expressif et réceptif sur les plans lexical et syntaxique : il comprend mieux qu'il ne s'exprime.

Un second bilan a été effectué en juillet 2010.

Il nous montre que TL présente toujours des difficultés de motricité bucco faciale et linguale, mais l'on note une évolution positive qui retentit sur la prononciation des mots bisyllabiques. Il comprend toujours mieux qu'il ne s'exprime, que ce soit au niveau lexical ou morphosyntaxique.

► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de TL, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les pictogrammes soient les aides visuelles les plus adaptées à TL.

#### 1.5.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide visuelle n'a été mise en place par le passé.

#### 1.5.4. Etat des lieux.

TL dispose d'un emploi du temps à la semaine composé de photographies et de pictogrammes.

Il est également possible de se servir de certains signes Makaton car, par le biais d'autres résidents qui les utilisent, TL en comprend quelques uns.

#### 1.5.5. Perspectives.

Il est important de continuer à se servir de l'emploi du temps afin d'évoluer vers plus d'autonomie.

Il pourrait également être intéressant de s'appuyer sur les capacités de compréhension de certains signes et de certains pictogrammes de cette personne pour travailler sur les règles sociales (notamment les comportements interdits).

### 1.6. Cas de JBM.

#### 1.6.1. Diagnostic médical.

JBM est un homme né le 22/06/1968. Il présente un retard mental moyen dans le contexte d'un syndrome d'alcoolisation fœtale.

### 1.6.2. Bilan orthophonique.

JBM présente des difficultés de motricité bucco faciale qui entravent l'intelligibilité de sa parole et rendent laborieuse une mastication correcte des aliments.

Il présente également une importante dissociation entre ses compétences au niveau lexical (homogène sur les plans réceptif et expressif) et ses compétences dans le domaine morphosyntaxique (il est plus en difficulté sur le versant réceptif que sur le versant expressif).

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de JBM, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les mots constituent les aides visuelles les plus adaptées pour cette personne. Il peut également utiliser les pictogrammes.

### 1.6.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Plusieurs aides visuelles ont été élaborées pour JBM afin d'expliquer et de communiquer autour de certains de ses comportements. Ces supports sont constitués de pictogrammes et de mots. Ils expliquent à JBM qu'il est interdit de casser le matériel des Lucines et qu'il est interdit de voler. Ils permettent également de communiquer avec lui sur les comportements positifs et négatifs comme : dire la vérité/mentir, être poli, faire le ménage, ne pas prendre les affaires des autres résidents... (Cf annexes).

#### 1.6.4. Etat des lieux.

En plus de ces différents supports qui peuvent être réutilisés lorsque le besoin s'en fait sentir, JBM bénéficie d'un emploi du temps à la semaine composé de pictogrammes et de mots.

#### 1.6.5. Perspectives.

Une utilisation systématique de son emploi du temps permettra à JBM de tendre vers une plus grande autonomie.

De même, l'utilisation des aides visuelles décrites précédemment doit se poursuivre afin de réduire, à terme, ces comportements qui peuvent être nuisibles à JBM lui-même et à son entourage direct.

Enfin, la mise en place d'un agenda pourrait être bénéfique à JBM car cela lui apporterait un cadre temporel supplémentaire. Il pourrait y laisser une trace de ce qu'il fait quotidiennement.

### 1.7. Cas d'ER.

#### 1.7.1. Diagnostic médical.

ER est un homme né le 14/04/1987. Il présente un autisme.

#### 1.7.2. Bilan orthophonique.

Un premier bilan a été réalisé le 28/04/2008.

ER présente des difficultés de motricité bucco faciale avec une absence de fermeture de la bouche qui est à prendre en compte pour son bien-être et afin de prévenir des problèmes digestifs.

En ce qui concerne le langage, il présente un décalage très important entre son niveau lexical et son niveau morphosyntaxique. Les versants expressifs et réceptifs sont relativement homogènes. Il présente également un trouble pragmatique sévère.

Un second bilan a été effectué le 16/07/2010.

ER présente toujours les mêmes difficultés de motricité bucco faciale avec une absence de fermeture de la bouche.

Au niveau du langage, ER présente toujours ce décalage très important entre son niveau lexical et son niveau morphosyntaxique. Il ne peut utiliser le passé et le futur pour s'exprimer. Il existe également une dissociation plus importante que dans le précédent bilan entre les versants expressif et réceptif, dans chacun des deux domaines au profit de l'expression. ER parle donc mieux qu'il ne nous comprend, et ceci concerne aussi bien le lexique que les phrases.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche d'ER, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les pictogrammes semblent être l'aide visuelle la plus adaptée à ER.

#### 1.7.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Au sein du foyer des Lucines, plusieurs aides visuelles ont été mises en place pour ER.

Deux emplois du temps se sont succédé dans sa chambre. Ceux-ci étaient à la semaine et composés de pictogrammes. Ils ne semblaient pas assez adaptés au mode de fonctionnement d'ER, ils ont donc été remplacés.

Un support visuel composé de pictogrammes a été créé et utilisé ponctuellement dans le cas de départ en vacances.

Un système de cartons a également été mis en place afin de réguler le comportement parfois difficile à gérer d'ER. A chaque action positive un carton vert lui était distribué et il était accroché à un support mural dans sa chambre. A l'inverse, un carton rouge lui était distribué à chaque action positive de sa part. Un certain nombre de cartons verts accumulés lui donnait le droit à une récompense. Mais ce système n'a pas fonctionné du fait du trop grand nombre de cartons rouges distribués, proportionnellement aux cartons verts distribués ; ceci était trop dévalorisant.

#### 1.7.4. Etat des lieux.

Actuellement, un emploi du temps à la journée, disposé autour du cou d'ER remplace les deux emplois du temps précédents. Il est composé de pictogrammes.

ER utilise également, dans sa communication avec les professionnels, les pictogrammes disposés sur les porte-clefs de ces derniers.

Il comprend quelques signes issus du Makaton par rapport au fait qu'ils soient utilisés par d'autres résidents.

Un agenda où les professionnels écrivent ce qu'ER veut raconter et/ou transmettre est utilisé. Les pictogrammes correspondants sont ensuite dessinés dans cet agenda afin qu'il s'en serve comme support pour communiquer sur ses activités.

Une aide appelée « le bâton de parole » est utilisée afin d'aider ER à contrôler sa parole. Le principe est simple, lorsqu'il a le bâton de parole dans la main il peut parler, et lorsque c'est son interlocuteur qui l'a, il doit écouter (Cf annexes).

#### 1.7.5. Perspectives.

Il est important de développer l'utilisation du nouvel emploi du temps car il a été mis en place il y a peu de temps.

Ensuite, les aides visuelles que sont l'agenda et le bâton de parole doivent être utilisées de façon plus régulière, par tous les professionnels et pas seulement par l'orthophoniste.

Enfin, une version modifiée du système des cartons est essayée en ce moment. Il n'y a plus que des cartons verts, et ils sont attribués plus facilement à ER. Au bout d'un certain nombre de cartons verts obtenus dans la semaine, il a le droit à une récompense qui est d'aller sur Deezer écouter de la musique durant 15 minutes. Cela permettrait de valoriser ses comportements positifs et de réduire progressivement ses comportements négatifs.

## 1.8. Cas de SR.

### 1.8.1. Diagnostic médical.

SR est un homme né 07/02/1981 .Il présente un autisme.

### 1.8.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en janvier 2009.

SR présente des difficultés de motricité bucco-faciale, en partie dues à une béance importante.

Il présente un trouble de la communication avec une restriction majeure des fonctions de communication. Ces fonctions de communication sont remplies par le langage sous forme de mots isolés (demandes d'action ou d'objet) ou par le déplacement du corps (éloignement pour le refus).

► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de SR, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les pictogrammes semblent être les aides visuelles les mieux adaptées à SR.

#### 1.8.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide visuelle n'a été mise en place par le passé.

#### 1.8.4. Etat des lieux.

Lors d'activités du quotidien, ou de différentes prises en charge, un Timer est utilisé afin de structurer le temps. Cet objet est une horloge sur laquelle un disque rouge affiche le temps restant avant la fin de l'activité : il permet une prévisibilité qui rassure SR.

#### 1.8.5. Perspectives.

Le Timer doit continuer à être utilisé afin de donner des repères temporels indispensables à SR.

Un emploi du temps à la journée va être mis en place. Il sera constitué de photographies et de pictogrammes et permettra à SR de disposer d'un cadre temporel quotidien.

### 1.9. Cas de FD.

#### 1.9.1. Diagnostic médical.

FD est un homme né le 01/11/1985. Il présente un retard mental moyen avec des troubles du comportement dans le contexte probable d'un syndrome d'alcoolisation fœtale.

### 1.9.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en octobre 2009.

FD présente un langage avec des déformations phonétiques ; elles ne sont pas majeures et n'entravent pas l'intelligibilité. Il existe un léger décalage dans le domaine lexical en faveur du versant réceptif. De plus, une dissociation très nette est observée, tant sur le versant expressif, que sur le versant réceptif entre les compétences lexicales et les compétences syntaxiques au profit des compétences lexicales.

Il faut noter que des investigations complémentaires seraient nécessaires dans le domaine logico-mathématique ainsi que dans celui de la motricité bucco-faciale lorsque le traitement médicamenteux aura cessé ou du moins sera diminué.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de FD, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les pictogrammes et les photographies semblent être les aides visuelles les plus adaptées à FD.

### 1.9.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Etant donné l'arrivée récente de FD au sein du foyer des Lucines, il n'y pas eu d'aides visuelles mises en place par le passé.

### 1.9.4. Etat des lieux.

Actuellement, un emploi du temps à la semaine est utilisé par FD et les professionnels. Il est composé de photographies et de pictogrammes.

Un pictogramme représentant les toilettes est également utilisé pour rappeler à FD qu'il doit passer aux toilettes avant de dormir (Cf annexes).

#### 1.9.5. Perspectives.

Les perspectives concernant FD sont de continuer à utiliser l'emploi du temps, et comme pour tous les résidents, d'être attentif à ses besoins afin de mettre en place si besoin, d'autres aides visuelles lui offrant un confort de vie plus important.

En plus de toutes ces aides visuelles individualisées, d'autres supports sont présents sur l'unité de vie de la Palmeraie :

- Des photographies et des pictogrammes sont disposés sur les différents rangements (les placards, tiroirs,...), ainsi que sur les portes des différentes pièces.

- Une photographie de chaque personne est disposée sur la porte d'entrée de son espace privé.

- Un tableau regroupant les photographies des professionnels présents sur l'unité de vie est affiché.

- Un plan de table est affiché dans la salle à manger ; il y est indiqué les places des résidents pendant les repas, ainsi que celles des professionnels.

- Un synopte a été mis en place. C'est une horloge qui affiche une vision complète de la journée : les 24 heures. Les activités communes à l'ensemble des résidents de l'unité (comme les repas par exemple) y sont affichées.

-Enfin, un planning des activités journalières telles que mettre le couvert, ranger la vaisselle, sortir la poubelle,... va être mis en place. En fonction de la personne responsable de l'activité, le planning sera adapté : photographies, pictogrammes ou encore objets référents.

### *Unité de vie : les Pilotis (externat)*

#### 1.10. Cas de CL.

##### 1.10.1. Diagnostic médical.

CL est une femme née le 27/05/1985. Elle présente un retard mental profond dans le contexte d'un polyhandicap.

##### 1.10.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été effectué en novembre 2008.

CL présente des difficultés de motricité bucco faciale qui entravent une mastication correcte. De plus, les choix d'aliments sont rendus délicats par la présence d'un syndrome de dysoralité sensorielle.

Elle présente une absence de langage oral. Les fonctions et les modes de communication sont également restreints : elle fait surtout des demandes d'objets (nourriture et K7 ou DVD) et quelques demandes d'actions qu'elle effectue à l'aide d'objets-référents (verre, K7 ou DVD) ou en initiant le geste avec la main de l'interlocuteur. En ce qui concerne les modes de communication, elle n'utilise pas les vocalisations, elle prend les objets, manipule la main de son interlocuteur ou s'agrippe à lui.

► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de CL, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au premier niveau qui est le niveau de sensation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les objets référents semblent être les aides visuelles les plus adaptées à CL.

#### 1.10.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Par le passé, aucune aide visuelle n'a été mise en place.

#### 1.10.4. Etat des lieux.

Actuellement, un travail est effectué autour d'un support visuel constitué à partir d'objets référents. Sur une grande feuille cartonnée, trois objets référents sont scratchés ; il s'agit d'objets en lien direct avec les besoins et les intérêts de CL :

-un verre lui permettant de demander à boire.

-un rouleau de papier toilette permettant de solliciter un professionnel afin d'aller aux toilettes.

-une boîte de DVD à saisir lorsqu'elle désire regarder un film.

Le travail autour de ce support n'en est qu'au début et progresse doucement avec pour but une utilisation en autonomie.

Une aide visuelle a également été mise en place dans le cadre du repas du midi (Cf annexe). Il s'agit d'un support accroché au coin de la table, qui est constitué de trois photographies (le visage du résident/la position corporelle de ce résident/le type et la disposition des couverts). Il permet de savoir quelle place correspond à quelle personne et comment ces personnes doivent être installées pour manger. Dans le cas de CL, cette aide sert surtout aux professionnels.

CL dispose d'un portrait photographié d'elle accroché sur son portemanteau. Lorsqu'elle pose son manteau, elle doit prendre la photographie et l'emmener dans la salle de vie. Elle la pose sur

un tableau magnétique à côté des photographies des autres résidents présents. Et elle la reprend lorsqu'elle part le soir et qu'elle récupère son manteau. Cette aide permet de structurer l'espace du résident.

#### 1.10.5. Perspectives.

Pour CL, les aides visuelles mises en place sont récentes. L'objectif est donc de continuer à les travailler afin qu'elle les investisse le plus possible et qu'elle gagne en autonomie.

#### 1.11. Cas de LG.

##### 1.11.1. Diagnostic médical.

LG est une femme née le 28/01/1972. Elle présente un autisme avec un retard mental grave.

##### 1.11.2. Bilan orthophonique.

LG présente des difficultés de motricité bucco faciale et linguale avec des mouvements de langue extrêmement restreints.

Laurence a des capacités de compréhension du langage oral en dehors de tout indice situationnel mais l'examen de ses capacités est lourdement entravé par la non exploration du regard de son environnement immédiat et par le temps de latence important entre la consigne et le début de l'action qui ne permet pas une mise en mémoire de la consigne. Elle utilise spontanément quelques signes et imite aussi certains nouveaux signes.

► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de LG, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les pictogrammes et les photographies semblent être les aides visuelles les plus adaptées à LG.

#### 1.11.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide visuelle n'a été mise en place par le passé.

#### 1.11.4. Etat des lieux.

LG dispose d'un emploi du temps à la journée. Il est composé de photographies et de pictogrammes.

Elle peut également se servir de deux ou trois signes.

Une aide visuelle a également été mise en place dans le cadre du repas du midi (Cf annexes). Comme pour toutes les personnes de cette unité, il s'agit d'un support accroché au coin de la table, qui est constitué de trois photographies (le visage du résident/la position corporelle de ce résident/le type et la disposition des couverts).

LG dispose elle aussi d'un portrait photographié d'elle accroché sur son portemanteau.

#### 1.11.5. Perspectives.

Comme pour CL, ces aides visuelles sont assez récentes. L'objectif est donc de continuer à travailler avec ces supports afin que LG se les approprie.

#### 1.12. Cas de JF.

#### 1.12.1. Diagnostic médical.

JF est un homme né le 23/03/1987. Il présente un autisme atypique dans le contexte d'une trisomie 21.

#### 1.12.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en juillet 2008.

JF présente des difficultés de motricité bucco faciale.

Il présente un langage oral réduit (mot-phrase) ainsi qu'une écholalie immédiate qui s'accompagne d'un bégaiement avec la duplication de la dernière syllabe. L'aspect réceptif du langage est meilleur que l'aspect expressif. Il comprend également un certain nombre de signes et de pictogrammes Makaton.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de JF, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les pictogrammes et les photographies semblent être les aides visuelles les plus adaptées à JF.

#### 1.12.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide n'a été mise en place par le passé.

#### 1.12.4. Etat des lieux.

JF dispose d'un emploi du temps à la journée. Il est composé de photographies et de pictogrammes. Celui-ci structure sa journée et l'aide dans l'autonomie de ses déplacements.

Une aide visuelle a également été mise en place dans le cadre du repas du midi (Cf annexe). Comme pour toutes les personnes de cette unité, il s'agit d'un support accroché au coin de la table, qui est constitué de trois photographies (le visage du résident/la position corporelle de ce résident/le type et la disposition des couverts).

JF dispose lui aussi d'un portrait photographié de lui accroché sur son portemanteau.

#### 1.12.5. Perspectives.

JF utilise de mieux en mieux les aides visuelles mises à sa disposition ; il faut donc continuer à travailler avec celle-ci.

#### 1.13. Cas de CE.

##### 1.13.1. Diagnostic médical.

CE est une femme née le 12/10/1988. Elle présente un autisme. Il est important de signaler qu'elle a une déficience visuelle.

##### 1.13.2. Bilan orthophonique.

CE présente des difficultés de motricité bucco faciale qui retentissent sur son alimentation.

CE est une jeune femme sans langage oral et avec des moyens de communication très restreints : elle peut clairement refuser ou faire un choix, mais les actes de communication sont rarement initiés et apparaissent plutôt en réponse à une sollicitation.

### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de CE, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au premier niveau qui est le niveau de sensation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les objets référents semblent être les aides visuelles les plus adaptées à CE.

#### 1.13.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide visuelle n'a été mise en place par le passé.

#### 1.13.4. Etat des lieux.

Actuellement, Les aides visuelles concernant CE sont peu nombreuses.

Elle dispose de l'aide visuelle mise en place dans le cadre du repas du midi (Cf annexe). Comme pour toutes les personnes de cette unité, il s'agit d'un support accroché au coin de la table, qui est constitué de trois photographies (le visage du résident/la position corporelle de ce résident/le type et la disposition des couverts).

CE dispose elle aussi d'un portrait photographié d'elle accroché sur son portemanteau.

#### 1.13.5. Perspectives.

Dans un futur proche il va être mis en place un support avec des objets référents proche des intérêts et des besoins de CE.

De plus, un emploi du temps à la journée va également être élaboré.

#### 1.14. Cas de NC.

#### 1.14.1. Diagnostic médical.

NC est une femme née le 03/08/1981. Elle présente un retard mental grave.

#### 1.14.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en juillet 2010.

NC présente des difficultés de motricité bucco faciale qui rendent nécessaire une adaptation de sa nourriture.

NC possède quelques petites expressions verbales stéréotypées qu'elle utilise, le plus souvent, dans un but interactif. Elle comprend les ordres simples quotidiens en dehors de tout indice situationnel. Elle explore et s'intéresse aux photographies, même si elle ne fait pas la différence entre un objet et sa photographie.

#### ►Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de NC, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les pictogrammes semblent être les aides visuelles les plus adaptées à NC.

#### 1.14.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide visuelle n'a été mise en place par le passé.

#### 1.14.4. Etat des lieux.

Elle dispose de l'aide visuelle mise en place dans le cadre du repas du midi (Cf annexe). Comme pour toutes les personnes de cette unité, il s'agit d'un support accroché au coin de la table, qui est constitué de trois photographies (le visage du résident/la position corporelle de ce résident/le type et la disposition des couverts).

NC dispose elle aussi d'un portrait photographié d'elle accroché sur son portemanteau.

De plus, elle possède un emploi du temps à la journée composé de photographies et de pictogrammes.

#### 1.14.5. Perspectives.

Concernant NC, l'objectif est de continuer le travail autour de ces aides visuelles.

En plus de toutes ces aides visuelles individualisées, d'autres supports sont mis en place sur l'unité de vie des Pilotis :

-Des photographies et des pictogrammes sont disposés sur les différents rangements (les placards, tiroirs,...), ainsi que sur les portes des différentes pièces.

-Le menu du repas du midi est affiché sur un support magnétique. Il est composé de photographies et de pictogrammes, et il permet aux personnes de cette unité de visualiser ce qui va leur être servi le midi.

-Un plan de table est affiché dans la salle à manger ; il y est indiqué les places des résidents pendant les repas, celles des professionnels, ainsi que la disposition des tables.

-Le tableau où les personnes viennent mettre leur photographie dispose également d'un espace où sont mises les photographies des professionnels présents sur l'unité chaque jour.

-Enfin, un support visuel permet de savoir qui donne à manger aux poissons qui sont présents dans l'aquarium des Pilotis. Tous les matins, un des résidents les nourrit ; c'est un rituel qui s'est mis en place.

### *Unité de vie : la Lune Bleue*

#### 1.15. Cas de CR.

##### 1.15.1. Diagnostic médical.

CR est un homme né le 01/11/1984. Il présente un autisme atypique, avec un retard mental et de l'épilepsie.

##### 1.15.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en novembre 2008.

CR présente des difficultés de motricité faciale.

Il présente une absence de langage oral et une restriction des fonctions et des modes de communication. Il comprend les ordres simples en situation, et y réagit de façon adaptée.

#### ►Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de CR, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au premier niveau qui est le niveau de sensation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les objets référents semblent être les aides visuelles les plus adaptées à CR.

### 1.15.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide visuelle n'a été mise en place par le passé.

### 1.15.4. Etat des lieux.

Des objets référents ont été choisis et mis en place afin de prévenir CR des activités auxquelles il allait prendre part. Par exemple, le fait de lui donner un maillot de bain va l'avertir qu'il va partir à la piscine. Il faut que cela intervienne avant chaque activité.

### 1.15.5. Perspectives.

Il faut continuer à travailler sur ces objets référents afin d'augmenter la prévisibilité des activités. Si cela évolue positivement, il sera alors possible d'augmenter progressivement le temps entre l'annonce de l'activité avec l'objet, et l'activité elle-même.

Pour cela, il va être disposé une boîte, dans sa chambre, contenant les objets référents ; ainsi qu'un lexique des correspondances objet/activités pour faciliter la coordination du travail des différents professionnels.

## 1.16. Cas de CP.

### 1.16.1. Diagnostic médical.

CP est une femme née le 21/06/1986. Elle présente une hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés dans le contexte d'une trisomie 21.

### 1.16.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en février 2008.

CP est une jeune femme non verbale qui fait peu de demandes. Pour l'essentiel, ses demandes sont des demandes d'objets ou d'actions. Celles-ci sont réalisées à l'aide de gestes. De plus, elle émet parfois des cris qui semblent plus répondre à un état interne qu'à une intention de communication.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de CP, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les pictogrammes semblent être les aides visuelles les plus adaptées à CP. On note tout de même une nette préférence pour les photographies.

#### 1.16.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Par le passé, il a été mis en place une photographie de chewing gum afin de permettre à CP d'en effectuer la demande.

#### 1.16.4. Etat des lieux.

CP dispose d'un emploi du temps à la journée composé de photographies et de pictogrammes. Celui-ci est bien utilisé et elle peut même effectuer une demande en allant chercher ou en montrant simplement une photographie sur cet emploi du temps. Il lui sert également pour guider ses trajets ; cela lui apporte un supplément d'autonomie.

Lors des différentes activités, le Timer est mis en place afin d'amener une structure temporelle.

Au niveau de son placard de rangement, des photographies et des pictogrammes indiquent les lieux d'emplacement des différents vêtements. Cela structure l'espace et sert autant à CP qu'aux professionnels.

CP est également capable de réaliser des signes, mais pour le moment, simplement en échopraxie.

#### 1.16.5. Perspectives.

Un support visuel composé de photographies et de pictogrammes va être élaboré et mis en place afin d'expliquer à CP qu'il est strictement interdit de mordre autrui.

Il faut continuer d'utiliser le Timer ainsi que l'emploi du temps.

Un travail autour des signes va être poursuivi afin qu'elle essaie de s'en approprier le sens et qu'elle puisse, à terme, s'en servir pour communiquer ses besoins et ses envies.

#### 1.17. Cas de NP.

##### 1.17.1. Diagnostic médical.

NP est une femme née le 30/12/1989. Elle présente un autisme.

##### 1.17.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en juillet 2009.

NP présente des difficultés de motricité bucco faciale qui entravent l'alimentation et plus particulièrement l'absorption de liquides.

NP est une jeune femme présentant une absence de langage oral, et qui dispose de moyens peu précis de communication ; par exemple, elle se positionne près de... ou à l'endroit de l'activité.

Le refus est la fonction de communication la plus efficace chez elle, et aussi celle qui combine le plus de modes de communication différents : sons, gestes et regard.

Elle comprend les ordres simples en situation, et également en dehors de tout indice situationnel.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de NP, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au premier niveau qui est le niveau de sensation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les objets référents semblent être les aides visuelles les plus adaptées à NP.

#### 1.17.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Aucune aide visuelle n'a été mise en place par le passé.

#### 1.17.4. Etat des lieux.

Un emploi du temps à la journée est en place dans sa chambre. Il est constitué d'objets référents.

Un travail est effectué autour de ces même objets référents afin qu'ils prennent du sens auprès de NP. Par exemple, les professionnels lui donnent un mouchoir lorsqu'il est l'heure de la sieste, et l'accompagnent se coucher dans sa chambre (un mouchoir a été choisi pour rappeler la matière des draps). Le but est que dans le futur elle se saisisse elle-même de cet objet lorsqu'elle veut aller dormir ; il sera alors mis à sa disposition à l'extérieur de sa chambre.

#### 1.17.5. Perspectives.

Il est essentiel de poursuivre le travail avec ses objets référents afin de lui permettre de gagner en autonomie et donc, d'avoir une prise supplémentaire sur son quotidien.

Pour cela, il va être disposé une boîte, dans sa chambre, contenant les objets référents ; ainsi qu'un lexique des correspondances objet/activités pour faciliter la coordination du travail des différents professionnels.

#### 1.18. Cas de BM.

##### 1.18.1. Diagnostic médical.

BM est un homme né le 27/01/1967. Il présente un autisme.

##### 1.18.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en juillet 2009.

BM présente une absence de mobilité de la pointe de la langue.

Il présente un trouble pragmatique important avec une utilisation du langage réduite, pour l'essentiel, à des demandes restreintes qui correspondent à ses intérêts stéréotypés. Il a un niveau lexical homogène entre le versant réceptif et expressif. La dénomination d'actions met en évidence des réponses atypiques avec une prise d'indices ou des inférences qui ne semblent pas pertinentes. Le niveau de compréhension syntaxique est lui, largement en deçà du niveau de compréhension lexicale.

► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de BM, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les pictogrammes semblent être les aides visuelles les plus adaptées à BM.

#### 1.18.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Un support visuel avait été mis en place afin de tenter de réguler la potomanie de BM. Il y avait un certain nombre de pictogramme désignant le fait de boire (par jour), et un pictogramme représentait une boisson. Il donnait un de ces pictogrammes lorsqu'il désirait boire.

#### 1.18.4. Etat des lieux.

Un emploi du temps à la semaine est en place dans la chambre de BM. Il est constitué de photographies et de pictogrammes de grande taille pour une meilleure visualisation.

#### 1.18.5. Perspectives.

Il est important de continuer à utiliser l'emploi du temps qui a été mis en place il y a peu de temps, afin que BM se l'approprié.

De plus, un agenda (1page / jour) va lui être fourni. Tous les vendredis, les professionnels colleront les photocopies des pictogrammes d'activités qu'il aura réalisées. Cela servira de support de conversation avec les parents.

#### 1.19. Cas d'IH.

#### 1.19.1. Diagnostic médical.

IH est une femme née le 27/03/1969. Elle présente un autisme.

#### 1.19.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en février 2009.

IH présente des difficultés importantes de motricité bucco faciale, difficultés qui retentissent sur son alimentation ainsi que sur son élocution.

Elle possède un développement homogène du langage sur les plans de la compréhension lexicale et de la compréhension morphosyntaxique. La compréhension lexicale est meilleure que l'expression. Elle bénéficie pleinement de l'étayage d'un interlocuteur plus compétent.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche d'IH, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les mots semblent être les aides visuelles les plus adaptées à IH.

#### 1.19.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Par le passé, aucune aide visuelle n'a été mise en place.

#### 1.19.4. Etat des lieux.

Actuellement, un emploi du temps à la semaine est en place. Il est composé de photographies et de mots de grande taille, étant donné qu'IH sait lire.

#### 1.19.5. Perspectives.

Il est important de poursuivre le travail autour de l'emploi du temps.

Il pourrait être intéressant de mettre en place un agenda. Il serait constitué de pictogrammes représentant les différentes activités, et il servirait de support de communication entre IH, les professionnels et les parents.

#### 1.20. Cas de GC.

##### 1.20.1. Diagnostic médical.

GC est un homme né le 17/12/1982. Il présente un autisme.

##### 1.20.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en février 2009.

GC présente des difficultés de mastication.

Il présente une absence de langage oral et a peu de moyens de se faire comprendre et de comprendre ce qu'on attend de lui. Il comprend les ordres simples, routiniers, en situation et accompagnés d'indices visuels.

##### ►Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de GC, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au premier niveau qui est le niveau de sensation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les objets référents semblent être les aides visuelles les plus adaptées à GC.

#### 1.20.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Par le passé, des photographies étaient utilisées afin de savoir où GC posait deux éléments très importants pour lui : les pommes de pin et les bulles. Cela avait également pour but de l'amener à associer l'objet à la photographie correspondante. Ces supports ne sont plus utilisés car ils n'étaient pas adaptés au niveau de compréhension de GC.

#### 1.20.4. Etat des lieux.

Au niveau de son placard de rangement, des photographies et des pictogrammes indiquent les lieux d'emplacement des différents vêtements. Cela structure l'espace et est utile aux professionnels.

Une corbeille est mise en place afin d'y déposer les pommes de pin. Il sait où elles se trouvent et ce que la corbeille signifie. Cela apporte une stabilité à GC, et permet aux professionnels de rentrer en communication avec lui.

Chaque professionnel de l'équipe paramédicale des Lucines travaillant avec GC a choisi une odeur qu'il présente à GC pour annoncer la séance qui suit. Le but est qu'il associe l'odeur à la séance et au professionnel en question afin qu'il puisse prévoir ce qui va arriver, ce qui va le rassurer.

#### 1.20.5. Perspectives.

Il faut continuer à chercher quelles aides visuelles pourraient être mises en place autour de ces intérêts restreints qu'a GC, afin de lui offrir d'autres possibilités de communiquer. La mise en place d'un objet référent qui signifie « maison des parents » est envisagée afin de lui annoncer ses départs en weekend.

Il sera donc disposé une boîte, dans sa chambre, contenant les objets référents ; ainsi qu'un lexique des correspondances objet/activités pour faciliter la coordination du travail des différents professionnels

## 1.21. Cas d'AB.

### 1.21.1. Diagnostic médical.

AB est une femme née le 04/11/1986. Elle présente un retard mental profond dans le contexte d'un polyhandicap. De plus, elle souffre d'une surdité profonde.

### 1.21.2. Bilan orthophonique.

Un premier bilan a été réalisé en mai 2008.

Des difficultés de motricité bucco faciale ont été relevées.

AB présente une absence de langage oral. Elle a développé quelques signes mais dont l'exécution reste imprécise du fait des difficultés motrices. Elle comprend quelques mots isolés en contexte mais est très dépendante du contexte et des signes associés au langage oral.

Un second bilan a été effectué en juillet 2010.

Les difficultés de motricité linguale se sont majorées.

Il n'y a pas eu de changements dans la compréhension lexicale et morphosyntaxique. Par contre, AB est plus à l'aise pour utiliser des signes lorsqu'elle dispose également d'un support visuel.

► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche d'AB, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, elle se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies, les pictogrammes ainsi que les signes, semblent être les aides visuelles les plus adaptées à AB.

#### 1.21.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Par le passé, AB bénéficiait d'un support visuel (Cf annexes) lui indiquant les endroits où elle avait le droit de dessiner (feuilles, tableau), et les endroits où c'était interdit (murs, télévision, meubles...). Ce support était composé de pictogrammes et de signes.

Un autre support visuel avait pour but d'expliquer à AB qu'il ne fallait pas déchirer les vêtements.

Ces deux aides ne sont dorénavant plus utilisées car AB n'a plus eu ce type de comportement suite à ces explications.

#### 1.21.4. Etat des lieux.

Actuellement, malgré ses difficultés motrices, AB est capable d'utiliser quelques signes pour communiquer. Ceci est très fluctuant et dépend entre autres du contexte.

Elle dispose également d'un classeur de communication composé de photographies et de pictogrammes. Afin d'optimiser son utilisation, ce classeur a été produit en trois exemplaires : un pour AB, un pour la famille et un pour les professionnels.

#### 1.21.5. Perspectives.

Un emploi du temps à la journée doit être mis en place. Il sera composé de photographies et de pictogrammes.

Il peut être intéressant de continuer à travailler autour des signes, et surtout autour du classeur de communication. Chacun doit investir cet outil afin qu'il permette des échanges fréquents et de plus en plus riches au quotidien.

Il va être mis en place un agenda (1 page/jour). Il sera constitué de pictogrammes et de photographies et servira de support de communication entre AB, les professionnels et les parents.

## 1.22. Cas de MB.

### 1.22.1. Diagnostic médical.

MB est un homme né le 20/09/1978. Il présente un retard mental moyen et des troubles hyperkinétiques dans le contexte d'une trisomie 21.

### 1.22.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en mai 2008.

MB présente des difficultés importantes de motricité bucco faciale qui gênent son alimentation et qui entravent son intelligibilité.

Le langage oral est présent, le plus souvent sous la forme de mots-phrases. La compréhension est restreinte aux phrases simples.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de MB, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au second niveau qui est le niveau de présentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies et les pictogrammes semblent être les aides visuelles les plus adaptées à MB.

#### 1.22.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Une aide visuelle avait été mise en place afin de permettre à MB d'associer ses états d'esprits, ses émotions à des pictogrammes. Il s'agissait de thermomètres exprimant différents degrés de colère, ou encore de tristesse. Ils étaient composés de pictogrammes. Ils ne sont plus utilisés car les professionnels parviennent mieux à repérer ces moments de colère ou de tristesse chez MB.

#### 1.22.4. Etat des lieux.

Le Timer est utilisé afin de structurer temporellement certaines activités.

Un emploi du temps à la journée composé de photographies et de pictogrammes est mis en place dans la chambre de MB.

#### 1.22.5. Perspectives.

La mise en place de l'emploi du temps étant récente, il faut continuer de travailler avec cet outil indispensable à une autonomie plus importante de MB.

De plus, il va être mis en place un agenda (1 page/jour). Il sera constitué de pictogrammes et de photographies et servira de support de communication entre MB, les professionnels et les parents.

### 1.23. Cas de BB.

#### 1.23.1. Diagnostic médical.

BB est un homme né le 06/02/1986. Il présente un autisme atypique dans le contexte d'un polyhandicap.

#### 1.23.2. Bilan orthophonique.

Ce bilan a été réalisé en juillet 2009.

BB présente des difficultés de motricité bucco faciale qui entravent la mastication.

Il a développé un langage oral fonctionnel, composé de petites phrases stéréotypées utilisées à bon escient. Le niveau lexical est meilleur sur le versant réceptif : il comprend mieux les mots qu'il ne s'exprime à l'aide de ceux-ci. Le niveau est homogène entre la compréhension lexicale et la compréhension syntaxique.

#### ► Correspondance :

A partir de ce bilan orthophonique et des observations cumulées des professionnels et de l'entourage proche de BB, nous avons pu déterminer son niveau de compréhension. En référence au ComFor, il se situe au troisième niveau qui est le niveau de représentation.

Par rapport à ses capacités, à ses besoins et à ses particularités, il apparaît que les photographies, les pictogrammes et les mots semblent être les aides visuelles les plus adaptées à BB.

#### 1.23.3. Historique des aides visuelles mises en place.

Avant d'arriver aux Lucines, il disposait d'un dictionnaire Makaton et il utilisait quelques signes.

#### 1.23.4. Etat des lieux.

Actuellement, BB dispose d'un emploi du temps à la semaine composé de photographies et de pictogrammes.

Il travaille également la lecture lors d'un atelier pâtisserie hebdomadaire en lisant les recettes : pictogrammes et mots écrits.

#### 1.23.5. Perspectives.

Etant donné que BB a travaillé sur le programme Makaton par le passé. Il va être extrêmement intéressant de voir quelle compréhension il en a et quelle utilisation il peut en faire.

De plus, un bilan de lecture a été réalisé, et BB connaît la plupart des lettres de l'alphabet, ainsi que quelques mots. Cette piste est à explorer car elle permettrait de mettre en place d'autres aides visuelles et de travailler avec celles-ci afin d'offrir d'autres possibilités de communication à cette personne.

Un agenda (1 page/jour) va être mis en place. Il sera constitué de pictogrammes et de photographies et servira de support de communication entre BB, les professionnels et les parents.

En plus de ces aides visuelles individualisées, il y a d'autres supports présents sur l'unité de vie de la Lune Bleue :

-Des photographies et des pictogrammes sont disposés sur les différents rangements (les placards, tiroirs,...), ainsi que sur les portes des différentes pièces.

-Une photographie de chaque personne est disposée sur la porte d'entrée de son espace privé.

-Enfin, un tableau regroupant les photographies des professionnels présents sur l'unité de vie est affiché.

Afin d'être complet concernant les aides visuelles mises en place au sein du FAM les Lucines, il faut ajouter que des supports visuels sont présents afin de signaler les différents bureaux (des personnels médicaux, paramédicaux,...) ou les différentes salles d'activité. Ce sont des photographies représentant la salle et parfois le professionnel qui y travaille.

## **2. Limites de ce système de communication mis en place autour des aides visuelles.**

Bien sûr, comme n'importe quelle aide mise en place, celles-ci se trouvent confrontées à un certain nombre de difficultés. Elles présentent des limites, que ce soit par rapport aux personnes, à la famille, ou encore aux professionnels. Il est essentiel de toujours essayer d'avoir un regard critique sur ce que l'on met en place. Il faut questionner notre travail, voir où se situent les limites de celui-ci, afin d'essayer de les repousser et/ou de les contourner.

### 2.1. Par rapport à la personne.

Ce système de communication se base sur l'individu et ses particularités. L'hétérogénéité des tableaux cliniques présentés par les personnes accueillies dans ce type de structure, l'évolution constante des connaissances concernant l'autisme, ainsi que la récente mise en place de ce système de communication, nous font penser que ce dernier reste évidemment perfectible. Des résultats sont présents, mais inévitablement, le bien-être et l'autonomie de ces personnes restent et resteront tout de même relatifs.

Nous travaillons sur de la communication, et dans tous les échanges communicationnels il y a de l'interprétation. Celle-ci fait que nous pouvons nous tromper, ou tout du moins, ne pas faire exactement ce qu'il y aurait de mieux pour la personne. Il y a une part d'approximatif, il faut donc tester, essayer...

Ce système reste donc perfectible au niveau de la détermination du niveau de compréhension des personnes concernées. Les problèmes de communication font que cette détermination reste parfois approximative. Pour preuve : les recherches sont toujours en cours afin d'améliorer et de rendre plus précis un test comme l'ABLA. Le ComFor étant lui, en cours de traduction.

Au niveau technique, les aides visuelles étant le fruit d'une recherche permanente d'adaptation à l'individu, elles peuvent également être améliorées. La complexité et la diversité des pathologies fait que nous pouvons passer à côté de certaines difficultés, et donc élaborer des aides visuelles peu ou même pas adaptées. Pour éviter cela, il faut disposer de l'ensemble des bilans élaborés par les autres professionnels, afin d'avoir une connaissance de la personne, la plus précise possible.

Les personnes concernées sont très souvent fatigables et ce système demande une sollicitation fréquente et régulière. Il faut donc trouver le juste milieu entre une sollicitation suffisante pour qu'elle progresse, et pas trop importante afin qu'elle ne soit pas envahie par celle-ci (fatigue, stress,...).

Enfin, comme d'autres, ce système peut se heurter au refus de la personne, refus traduisant certainement un manque d'adaptation des aides mises en place.

## 2.2. Par rapport à la famille.

Tout d'abord, il est essentiel d'échanger avec les parents et l'entourage de façon importante afin qu'ils soient acteurs à part entière du projet thérapeutique de la personne. La communication avec les proches peut être compliquée en fonction de leur situation, de leur vécu et de la relation qu'ils entretiennent avec la personne. Il est parfois difficile de les voir pour s'entretenir avec eux, et même si on les voit, l'échange autour d'un thème aussi sensible que le handicap et les difficultés de leur proche n'est pas quelque chose de simple.

Si la communication est difficile et/ou insuffisante, les professionnels vont avoir des connaissances limitées sur la personne et son comportement lorsqu'elle est en dehors de la structure. Même si celle-ci passe la majeure partie de son temps au sein du foyer, en vue de l'adaptation d'aides visuelles spécifiques, ce manque d'informations peut être préjudiciable ; ne

pas disposer du maximum d'informations concernant la personne, c'est prendre le risque de mettre en place des supports non adaptés.

Puis, même si la communication et la transmission d'informations se passent correctement, les différentes parties doivent être d'accord sur les moyens proposés, c'est-à-dire sur les aides visuelles à mettre en place ; il faut avoir pour objectif de travailler dans l'intérêt de la personne. Ces supports doivent être acceptés et compris de tous, ce qui n'est pas toujours le cas.

Ensuite, lorsque les différents éléments cités fonctionnent correctement, il faut avoir une cohérence dans l'installation et l'utilisation de ces aides, entre la structure et le domicile de la personne ; lorsqu'elles sont utilisées, elles doivent l'être au maximum de la même manière. Ceci est difficile pour les familles car souvent les personnes ne reviennent à leur domicile que de façon ponctuelle, donc elles ont moins de temps pour s'approprier ces supports et les mettre en place. De plus, ces personnes n'étant pas des professionnels, bien souvent elles ne disposent pas d'autant d'éléments que ceux-ci concernant les aides visuelles et leur utilisation, et ce malgré leur implication.

Nous voyons donc ici qu'il n'est pas simple de mettre en place ce système de communication en collaboration avec la famille et l'entourage. Ceux-ci doivent apporter leurs ressentis ainsi que leurs connaissances de la personne afin de permettre une mise en place cohérente de ce système.

### 2.3. Par rapport aux professionnels.

Les difficultés en lien avec ce système, et les limites de celui-ci par rapport aux professionnels, sont principalement celles liées à n'importe quel travail d'équipe. Ce type de travail nécessite beaucoup de communication, de la coordination et de la gestion de l'individu.

La communication à propos des résidents d'une structure doit être omniprésente afin de pouvoir effectuer un travail qui colle au plus près de ce qu'est la personne. Or, dans une équipe de professionnels, les affinités et les différences interindividuelles peuvent parfois rendre plus difficile cette transmission d'informations.

Ensuite, au même titre que les proches, les professionnels doivent adhérer au projet d'aides visuelles mises en place pour chaque personne ; c'est pour cela qu'ils doivent participer à son élaboration. Et pour pouvoir y adhérer, il est nécessaire encore une fois d'échanger sur les supports élaborés : pourquoi ces supports là ? Comment on les utilise ? Et pourquoi on les utilise ? Si cette communication est absente, les différentes mises en place ne fonctionneront pas, car elles nécessitent un fort investissement, constant, et de la part de tous les professionnels.

Au quotidien, la nécessité de coordination des actions des professionnels peut également poser des problèmes. Au maximum, les professionnels doivent utiliser ces aides visuelles de la même façon. Une fois de plus, une bonne communication et une bonne compréhension des supports est indispensable.

Ce système de communication basé sur des aides visuelles fonctionne sur du long terme et les professionnels peuvent être usés par celui-ci ; d'autant plus que, même si le principe est commun, les aides mises en place sont individualisées, donc il y en a autant qu'il y a de personnes résidant dans la structure. L'investissement des professionnels doit être fort et il ne faut pas hésiter à rappeler à tout le monde le sens de ce qui est fait avec ces supports visuels.

Pour conclure sur ces difficultés, nous allons en évoquer une dernière, et pas des moindres : la nécessité de moyens financiers.

Se servir de ces aides nécessite un apprentissage, et pour cela il existe des formations ; il faut donc disposer de moyens financiers afin que les professionnels puissent se former en externe ou en interne. A ce titre, Mme Rialland a récemment obtenu une subvention pour que s'effectue au sein du FAM les Lucines, une formation supplémentaire à la communication visualisée. Celle-ci va regrouper les professionnels ainsi que les parents.

Les moyens financiers sont également indispensables afin de disposer d'un personnel en quantité suffisante car ces aides demandent un investissement important en termes de temps. Ils permettent également d'avoir un orthophoniste qui sera à l'initiative de ce système et qui accompagnera son évolution.

Nous constatons donc que de nombreuses difficultés jaillissent de la mise en place de ces aides visuelles. Afin de tenter de les résoudre, il faut avant tout croire en ce système car c'est un long processus qui demande beaucoup d'investissement.

## ***CONCLUSION***

Tout au long de ce mémoire, nous avons pu voir l'importance capitale de travailler aux côtés des personnes avec autisme afin de tenter de leur apporter des moyens leur permettant de communiquer avec leur entourage.

Travailler pour mettre en place la communication la plus adaptée et la plus efficace possible amènera la personne à un confort de vie plus élevé, à une plus grande autonomie ; c'est dans ce but là que doivent travailler l'ensemble des professionnels. A partir de ça et des connaissances dont nous disposons actuellement sur l'autisme et ses spécificités, l'utilisation des aides visuelles semble le choix le plus logique.

Nous rappellerons donc que l'orthophoniste doit impérativement baser son travail sur la personne, sur ses capacités, ses besoins et ses envies. L'individu prime : les aides doivent s'adapter à lui et non l'inverse. Avoir une connaissance, la plus précise possible, de qui est la personne et de l'environnement dans lequel elle évolue déterminera en partie la réussite ou l'échec de ce travail autour des aides visuelles. Cela permettra d'effectuer le choix de l'aide la plus appropriée en se basant sur trois éléments essentiels : le niveau de compréhension de la personne, ses besoins et ceux de L'entourage.

Lorsque ce choix est effectué, il reste alors à mettre en place ces différents supports visuels. Ce long processus nécessite de la part de tous les professionnels de l'établissement, sans exception, et de l'entourage, une communication interindividuelle importante et permanente. Toutes les parties doivent être impliquées et faire preuve de cohérence et de rigueur quant à l'utilisation des aides visuelles mises en place. Il faut viser la fonctionnalité de la communication de la personne, c'est-à-dire son utilisation dans son environnement quotidien.

Comme nous pouvons l'observer dans la troisième partie, tous les résidents des Lucines bénéficient d'aides visuelles individualisées. De plus, des supports visuels au sein du collectif sont également utilisés. Nous pouvons alors parler d'un système d'aide à la communication basé autour de ces aides ; elles ont intégré le quotidien de l'institution. Avec l'aide et l'implication de

tous, elles sont mises en place de façon individualisée au cœur d'un collectif, et font partie intégrante du fonctionnement institutionnel.

Bien sûr, l'ensemble de ces aides n'est pas aisé à mettre en place. Une volonté commune forte et une remise en question permanente de tous les acteurs impliqués, sont nécessaires, afin de pouvoir évoluer et progresser dans l'aide et l'accompagnement que l'on propose aux personnes concernées. La patience, l'empathie et la disponibilité font partie des qualités indispensables pour mener à bien tout ce travail.

Ce mémoire ne présente donc pas une méthode d'aide à la communication à proprement parler ; il expose une façon de travailler en institution, se basant sur les personnes et leurs spécificités, ainsi que sur les compétences et les connaissances des professionnels. Même s'il reste et restera toujours des éléments à améliorer, l'établissement des Lucines a le mérite de prendre des risques, de faire bouger les choses, et les premiers bénéficiaires en sont les personnes résidant dans cet établissement.

Par rapport à ce mémoire, le regret restera de ne pas avoir bénéficié d'assez de temps afin d'élaborer un support multimédia permettant de diffuser plus facilement ce travail autour des aides visuelles, auprès des différentes institutions.

Il aurait également été intéressant de réaliser une étude tentant de mesurer objectivement les améliorations dans le quotidien de ces personnes, mais il aurait fallu disposer de plus de temps et surtout de plus de recul, car celles-ci s'observent sur le long terme.

Pour finir, nous constatons que ce qui était au départ des aides prévues plus particulièrement pour les personnes avec autisme, sont devenues des aides importantes et nécessaires pour tous les résidents (personnes avec autisme ou non), ainsi que pour les professionnels. De quoi donner des idées à de nombreux établissements prenant en charge des personnes en situation de handicap.

## ***BIBLIOGRAPHIE***

- **ANGELMANN C.** (2010) : « Adultes autistes, comment mieux communiquer ? ». Présentation effectuée à Srasbourg.
- **BARON S. et J.** (2000) : « Moi, l'enfant autiste ».
- **BARON-COHEN S, LESLIE A.M. et FRITH U.** (1985): « Does the autistic child have a "theory of mind"? ». Revue *Cognition* n°21(p.37 à 46).
- **BARTHELEMY C., BATTY M., BONNET-BRILHAULT F., GILLET P. et MEAUX E.** (2010): « Les anomalies du traitement des émotions faciales dans l'autisme : un trouble de la perception globale ». Revue *L'encéphale*.
- **BERTHOZ A., ANDRES C., BARTHELEMY C., MASSION J. et ROGE B.** (2005): « L'autisme : De la recherche à la pratique ». Odile Jacob, (p.227 à 250).
- **BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E. et MASY V.** (1997) : « Dictionnaire d'orthophonie ». Ortho Edition.
- **BRISTOL M.M.** (1984): « Family Resources and Successful Adaptation to Autistic Children », tiré de: « The Effects of Autism on the Family », de **SCHOPLER E. et MESIBOV G.B.** (p. 289 à 310).
- **BULLINGER A.** (2005): « Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars ». Eres.
- **CLAIRBORN PARK C.** (1972) : « Histoire d'Elly ».
- **DANSART P.** (2010) : « La communication avec et sans les mots ». Conférence donnée à Nantes.
- **DELOACHE J. S. et BURNS N.M.** (1994): « Early Understanding of the Representational Function of Pictures ». Revue *Cognition* n°52 (p.83 à 110).
- **DENNI-KRICHEL** (2010) : « Communication et langage ; quelles particularités pour la personne avec autisme ? ». Présentation effectuée à Strasbourg.
- **FRITH U. (2008):** « Autism: A very short Introduction ».
- **FRANC S.** (1996) : « La communication augmentée : principes. Un système original : le programme Makaton ». Revue *Entretiens d'orthophonie* (p7 à 14).

- **GEPNER B.** (2006) : « Le monde va trop vite pour les personnes avec autisme ! Hypothèses neurophysiopsychopathogéniques et implications rééducatives ». Revue *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°54 (p.371 à 374).
- **GEPNER B.** (2005) : « Malvoyance du mouvement dans l'autisme : de la clinique à la recherche et à la rééducation ». Dans : « L'autisme : De la recherche à la pratique », de **BERTHOZ A., ANDRES C., BARTHELEMY C., MASSION J. et ROGE B.**
- **GEPNER B., LAINE F. et TARDIF C.** (2005): « E-Motion mis-sight and other temporal processing disorders in autism ». Revue *Cahiers de Psychologie Cognitive*, n°23 (p.104 à 121).
- **GEPNER B., TARDIF C. et LAINE F.** (2008) : « Amélioration de la reconnaissance et de l'imitation d'expressions faciales chez des enfants autistes grâce à une présentation sonore et visuelle ralentie ». Revue *Annales Médico Psychologiques*, n°166 (p.533 à 538).
- **GEPNER B. et MASSION J.** (2002) : « L'autisme : une pathologie du codage temporel ». Travaux interdisciplinaires du laboratoire parole et langage, volume 21 (p177 à 218).
- **GERVAIS H., BELIN P., BODDAERT N., LEBOYER M., COEZ A., SFAELLO I., BARTHELEMY C., BRUNELLE F., SAMSON Y. et ZILBOVIVIVUS M.** (2004):« Abnormal cortical voice processing in autism ». Revue *Nature Neuroscience*, volume 7, N°8 (p.801 à 802).
- **GOLDBART J. et CARTON S.** (2010) : « Communication and people with the most complex needs: what works and why this is essential ».
- **GRANDIN T.** (1994) *Ma vie d'autiste*. Odile Jacob.
- **GRANDIN T.** (1997) : « Penser en image ». Odile Jacob.
- **GRAS-VINCENDON A., BURSZTEJN C. et DANION J.M.** (2008) : « Fonctionnement de la mémoire chez les sujets avec autisme ». Revue *Encéphale*, n°34 (p550 à 556).
- **HAUTE AUTORITE DE SANTE** (2010): « Autisme et autres troubles envahissants du développement : État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale ».
- **HOWLIN P.** (1999): « Children with Autism and Asperger Syndrome. A Guide for Practitioners and Carers ».
- **HUGHES C. (1996):** « Control of action and thought: normal development and dysfunction in autism ». Note de recherche dans la revue *Child Psychol Psychiatry*, n°37 (p.229 à 236).
- **JORDAN R.** (1999): « Autistic Spectrum Disorders: An Introductory Handbook for Practitioners».

- ▶ **LORD C. et PAUL R.** (1997) « Language and Communication in Autism ».
- ▶ **MARCHAND M.H** (1998) : « Des moyens différents pour communiquer et développer le langage ». Revue *Rééducation orthophonique*, volume 36/n°193 (p.91 à 115).
- ▶ **MONFORT M. et JUAREZ SANCHEZ A.** (1992) : « Systèmes alternatifs et augmentatifs dans l'intervention logopédique chez l'enfant dysphasique ». Revue *Glossa*, n°30 (p.44).
- ▶ **NOENS I. et VAN BERCKELAER-ONNES I. A.** (2004): « Making sense in a fragmentary world: communication in people with autism and learning disability ». *SAGE Publications and The National Autistic Society*, volume 8 (p.197 à 218).
- ▶ **NOENS I. et VAN BERCKELAER-ONNES I. A.** (2005): « Captured by details: sense-making, language and communication in autism ». *Journal of Communication Disorders* n°38 (p.123).
- ▶ **NOENS I. et VAN BERCKELAER-ONNES I. A.** (2007): « The central coherence account of autism revisited: Evidence from the ComFor study ». Revue *Research in Autism Spectrum Disorders* de 2008 (p.209 à 222).
- ▶ **NOENS I., VAN BERCKELAER-ONNES I., VERPOORTEN R. et VAN DUIJN G.** (2006): «The ComFor: an instrument for the indication of augmentative communication in people with autism and intellectual disability ». *Journal of Intellectual Disability Research* (p.621 à 632).
- ▶ **PICTOMEDIA** (2001): « Livre blanc sur les pictogrammes et la communication adaptée ».
- ▶ **PRUDHON E.** (2011) : « Les objets référents ». Publication à venir dans *Tam tam Makaton*.
- ▶ **PRUDHON E.** (2010) : « Autisme et Makaton ». Bulletin scientifique de l'Arapi, n°26 (p.43 à 46).
- ▶ **RAPIN I., et TUCHMAN R.** (2008) : « L'autisme: définition, la neurobiologie, le dépistage, le diagnostic ».
- ▶ **RASQUINET M. et coll.** (1995) : actes de la journée d'information sur le sésame. La clairière, Bruxelles.
- ▶ **ROGE B.** (2008) : « Autisme: comprendre et agir ». Dunod.
- ▶ **ROGERS S. et BENETO L.** (2002) : « Le fonctionnement moteur dans le cas d'autisme ». Revue *Enfance*, n°54 (p63 à 73).
- ▶ **SCHULER A., PRIZANT B., WETHERBY A. et RYDELL P.** (1997): « Enhancing language and communication development: language approaches ».

- **SENEZ C.** (2002) : « Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises ». Solal.
- **SIGEL I. E.** (1978): « The Development of Pictorial Comprehension », tiré de « Visual Learning, Thinking and Communication » de **RHANDHAWA B. S.** et **COFFMAN W. E.** (p.93 à 111).
- **SPARROW S. S., CARTER A. S. et CICHETTI D.**: « Vineland Screener. Overview, reliability, validity, administration and scoring ». Manuscrit de l'Université de Yale non publié.
- **STEPHENSON J. et LINFOOT K.** (1996): « Pictures as Communication Symbols for Students with Severe Intellectual Disability ». *Revue Augmentative and Alternative Communication* n°12 (p.244 à 255).
- **TANET-MORY I.** (1999) : « Travail spécifiques de l'orthophoniste auprès des enfants autistes ». Tiré des actes du 12<sup>ème</sup> colloque AIR : « Les chemins du langage », octobre 1995 (p.81 à 84).
- **TARDIF C. et GEPNER B.** (2009) : « Particularités de traitement des informations sensorielles dynamiques chez les personnes présentant des désordres du spectre autistique ». *Bulletin Scientifique de l'Arapi*, n°23 (p.38 à 45).
- **TRUSCELLI D.** (1999) : « Syndromes lésionnels précoces : infirmité motrice cérébrale. Pathologie de la parole et du langage », dans : « le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques », de **CHEVRIE-MULLER C. et NARBONA J.** (p236 à 262).
- **VAN BERCKELAER-ONNES I .A.** (1996): « Autistisch en verstandelijk gehandicapt: dubbel gehandicapt ». *Journal Néerlandais: Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten* 22 (p. 79 à 90).
- **VAN BERCKELAER-ONNES I .A.** (1997) : « Communication et autisme ». *Revue Logopedie* n°10 (p. 29 à 39).
- **VERPOORTEN, R.A.W.** (1996) : « Communicatie met verstandelijk gehandicapte autisten: Een multidimensioneel communicatiemodel ». *Journal Néerlandais: Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten* 22 (p.106 à 120).
- **VOLKMAR F. R., LORD C., BAILEY A., SCHULTZ R. T. et KLIN A.** (2004): « Autism and pervasive developmental disorders ». *Revue Child Psychol Psychiatry*, n°45 (p.135 à 170).

► **WETHERBY A.M., PRIZANT B.M. et SCHULER, A. L.** (2000): « Understanding the Nature of Communication and Language Impairments », tire de: « Autism Spectrum Disorders », de **WETHERBY A. M. et PRIZANT B.M.** Revue *A Transactional Perspective* (p.109 à 141).

► **WILLIAMS D.** (1992) : « Si on me touche je n'existe plus ». Robert Laffont; J'ai lu.

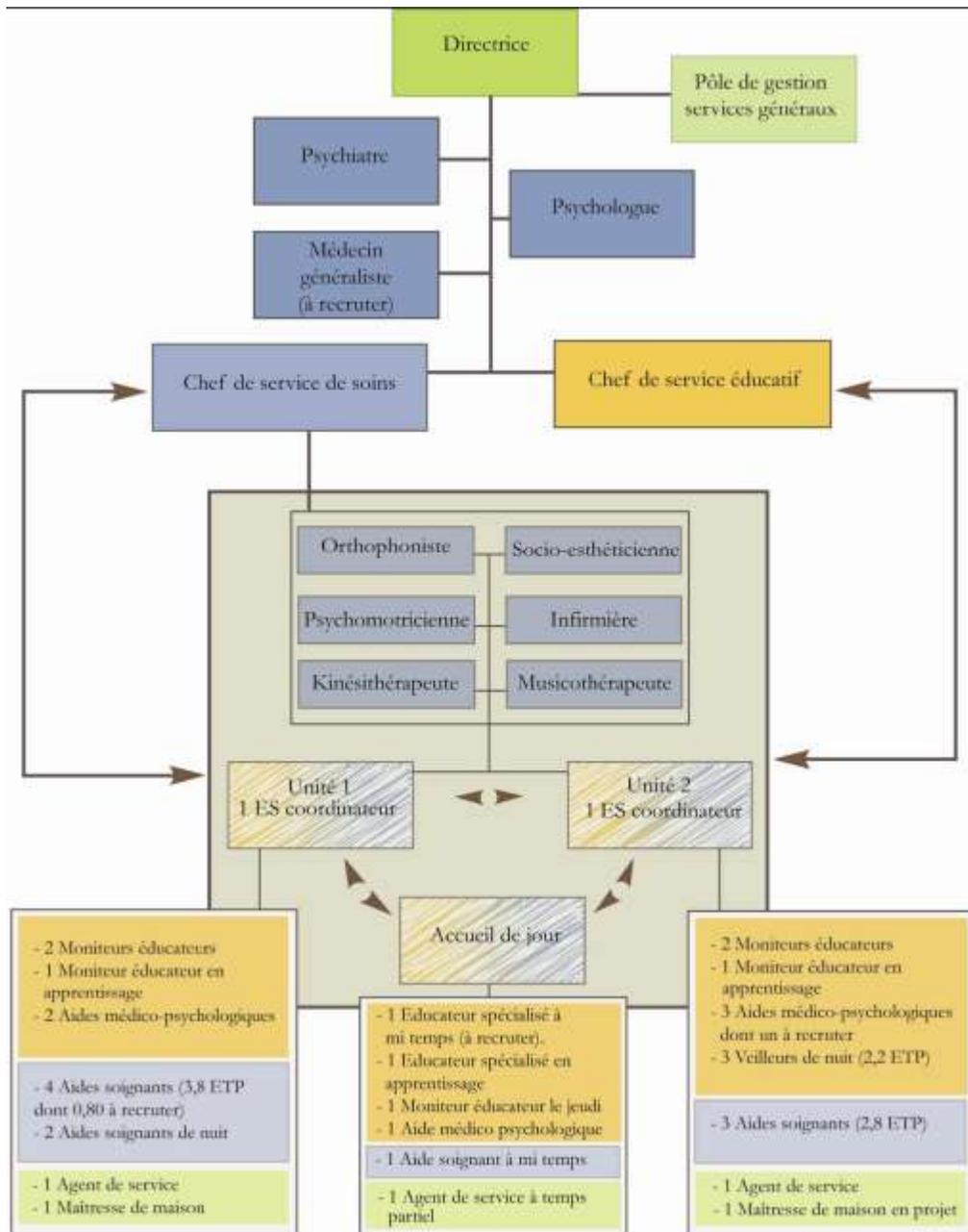
### **VIDEOS :**

► **DENNI-KRICHEL N.** (2010) : « Accompagnement orthophonique des personnes présentant un trouble envahissant du développement, dont l'autisme ; dépistage et évaluation ». DVD Orthoédition.

► **VIDEOS DU SITE INTERNET PARTICIPATE** (2007) : « Comprendre l'autisme », « Aider mon enfant à se développer », « Soutenir l'entourage ».

# ANNEXES

► Organigramme du FAM des Lucines :



► Amendement Creton :

**L'amendement Creton**

L'article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 (Diverses mesures d'ordre social) a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et créé l'alinéa suivant dit "**amendement Creton**" :

« **I bis.** - La prise en charge la plus précoce possible est nécessaire. Elle doit pouvoir se poursuivre tant que l'état de la personne handicapée le justifie et sans limite d'âge ou de durée.

« Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, conformément au cinquième alinéa (3°) du paragraphe I de l'article L. 323-11 du code du travail, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la commission départementale de l'éducation spéciale et de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

« Cette décision s'impose à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, conformément au cinquième alinéa (3°) du paragraphe I de l'article L. 323-11 précité.

« La contribution de la personne handicapée à ces frais ne peut être fixée à un niveau supérieur à celui qui aurait été atteint si elle avait été effectivement placée dans l'établissement désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel. De même, les prestations en espèces qui lui sont allouées ne peuvent être réduites que dans la proportion où elles l'auraient été dans ce cas. »

► Reconnaissance Autisme :

09-DEC-2009 11:15 P. 001/002

  
Liberté - Égalité - Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE DE LA LOIRE-ATLANTIQUE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES  
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES  
Service des politiques en faveur des handicapés  
et des personnes âgées

**ARRÊTE**  
Modifiant le forfait annuel global de  
soins du Foyer d'Accueil Médicalisé  
« Les Lucines » à Sébastien sur Loire  
pour 2009

LE PREFET DE LA REGION PAYS-DE-LA-LOIRE  
PREFET DE LA LOIRE-ATLANTIQUE

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L. 313-8 et L. 314-3 à L. 314-7 ; R. 314-1 à R. 314-157 ;

VU la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

VU l'arrêté du 22 octobre 2003 fixant les modèles de documents prévus aux articles R 314-10, R 314-13, R 314-17, R 314-19, R 314-20, R 314-48 et R 314-82 du code de l'action sociale et des familles ;

VU l'arrêté du 4 juin 2007 pris en application de l'article R 314-141 du code de l'action sociale et des familles fixant le plafond du tarif journalier de soins applicable aux foyers d'accueil médicalisés et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ;

VU l'arrêté préfectoral du 19 décembre 2008 fixant le forfait annuel global de soins du Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Lucines » pour l'année 2009, modifié par les arrêtés des 23 mars 2009 et 4 août 2009 ;

VU l'arrêté conjoint du Préfet et du Président du Conseil Général reconnaissant la section autisme pour une capacité de 9 places, dont 8 places d'internat et 1 place d'accueil de jour, à compter du 01/12/2009 au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé dénommé « Les Lucines », sis 50 rue de l'Ouche Catin à Saint-Sébastien sur Loire et géré par l'association A.D.A.P.E.I Loire-Atlantique ;

**CONSIDERANT** la nécessité d'allouer des crédits reconductibles pour la somme de 75 000,00 €, il y a lieu de modifier le forfait annuel de soins pour 2009 ;

**SUR RAPPORT** de la Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales :

**ARRÊTE**

6 quai Cathery - BP 33215 - 44035 NANTES Cedex 1 - Téléphone 02 40 41 20 10 - Télécopie 02 40 41 20 26

N° FINESS : 440 046 878

**Article 1er** Pour l'exercice budgétaire 2009, le forfait annuel global de soins du Foyer d'Accueil Médicalisé «Les Lucines» sis 50 rue de l'Ouche Catin - 44230 Saint Sébastien sur Loire est fixé à 462 364,07 euros.

**Article 2** En application de l'article R 314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième du forfait annuel global de soins est de 38 530,34 euros.

**Article 3** Pour 2009, le tarif journalier de soins du F.A.M. «Les Lucines» est fixé à comme suit :

- tarif journalier de soins « internat »	:	79,63 €	+ 68932 Int an sr 2
- tarif journalier de soins « accueil de jour »	:	67,66 €	+ 8748 ext an sr 2

**Article 4** L'activité prévisionnelle du Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Lucines » pour l'exercice 2009 est fixée à 4 900 journées d'internat, 230 journées d'accueil temporaire et 796 journées d'accueil de jour.

**Article 5** Les recours dirigés contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Nantes (sis - M.A.N. - 6 rue René Viviani - B.P. 86218 - 44262 NANTES Cedex 2) dans le délai franc d'un mois à compter de sa publication ou à l'égard des personnes et organismes auxquels il est notifié, à compter de sa notification.

**Article 6** Une ampliation du présent arrêté sera notifiée à l'établissement.

**Article 7** Le secrétaire général de la préfecture de la Loire-Atlantique, la directrice départementale des affaires sanitaires et sociales, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Loire-Atlantique.

Pour ampliation,  
L'Inspecteur,



R.GABORIT

Nantes, le 30 novembre 2009  
Pour le Préfet, et par délégation  
La Directrice Départementale des  
Affaires Sanitaires et Sociales

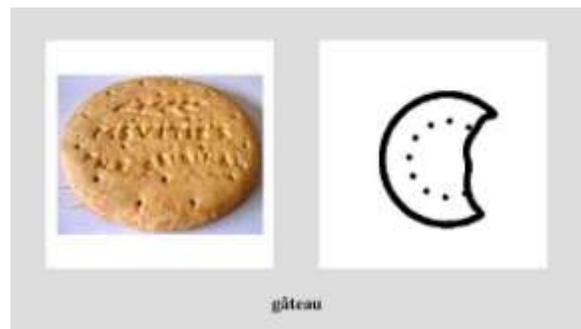
**signé**

Nicole Taillandier

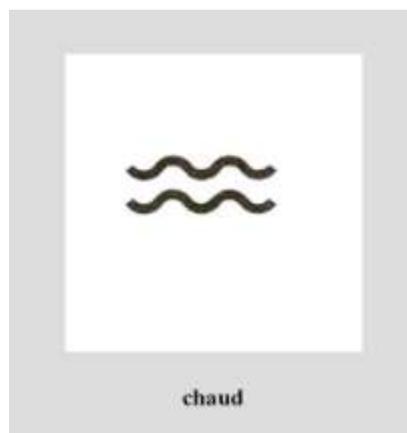
► Exemple de pictogramme figuratif :



► Exemple de pictogramme schématique :

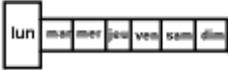
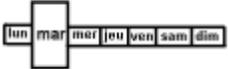


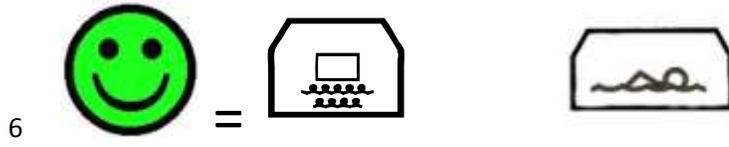
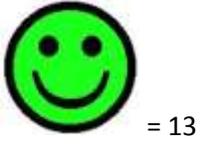
► Exemple de pictogramme abstrait :



► Aide visuelle AC :

Semaine du au .

	 _____ MATIN	_____  APRES-MIDI	 NUIT
 LUNDI			
 MARDI			
 MERCREDI		 	
 JEUDI			
 SAMEDI			
 DIMANCHE			



► Aide visuelle AC :

				
PHOTO d'AC				PHOTO de CL
AC	veut	faire l'amour	avec	CL

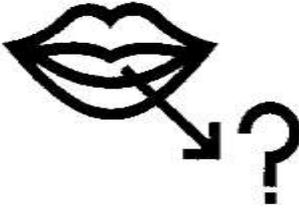
		
PHOTO d'AC		
AC	demande	

		
PHOTO d'AC		
AC	attend	



PHOTO de CL

CL

dit



oui



PHOTO d'AC

AC

et



PHOTO de CL

CL

font l'amour.

► Aide visuelle MG : PHOTO MG  
Michel

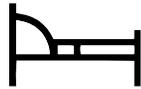


va

voir

PHOTO de sa MAMAN  
sa maman

PHOTO de sa MAMAN  
Maman



est dans son lit

PHOTO de sa MAMAN  
Maman



est fatiguée

C'est difficile pour



PHOTO de sa MAMAN  
maman

de parler

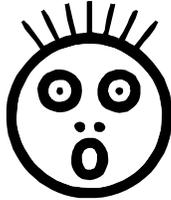
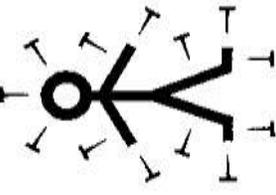


PHOTO de sa MAMAN  
Maman



est malade

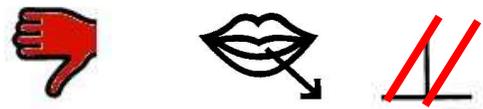
► Aide visuelle CL :

 <p>attendre</p>	 <p>Tu aimes bien ?</p>	
 <p>bien</p>	 <p>Mauvais, nul (dans le sens de pas bien)</p>	 <p>D'accord</p>
 <p>content</p>	 <p>triste</p>	 <p>peur</p>
 <p>colère</p>	 <p>Avoir mal</p>	

► Aide visuelle JBM :



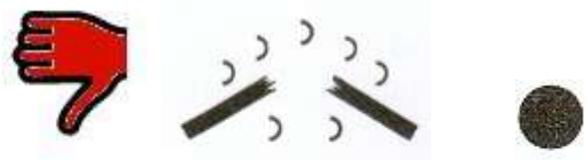
C'est bien de dire la vérité



C'est mal de mentir



C'est bien de ne pas casser le matériel



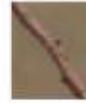
C'est mal de casser le matériel



Je casse le matériel, je paye



► Aide visuelle ER :



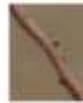
LE BÂTON DE PAROLE



Je



tiens



le bâton de parole



je



parle



Je



ne



tiens



pas



le bâton de parole



Je



me

tais

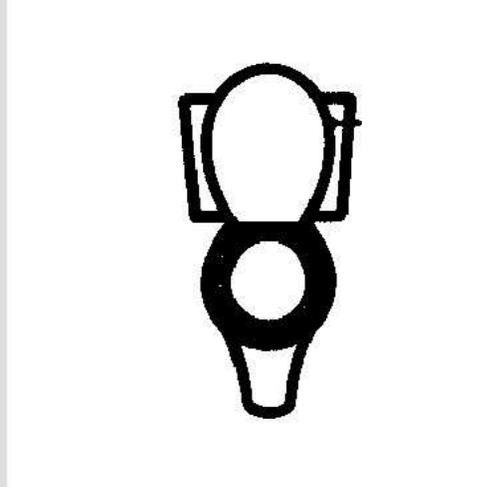


J'



écoute

► Aide visuelle FD :



WC

► Aides visuelles pour les repas sur l'externat :

► Aide visuelle CE :



PHOTO DE CE

► Aide visuelle JF :



PHOTO DE JF

► Aide visuelle LG :



PHOTO LG

► Aide visuelle NC :



PHOTO NC

► Aide visuelle CL :

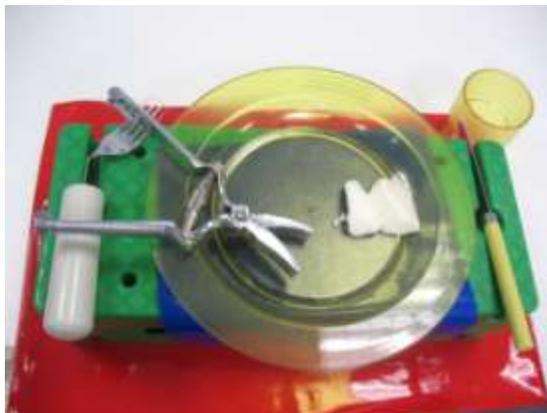
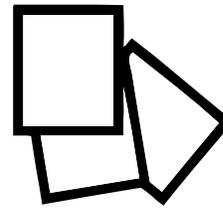
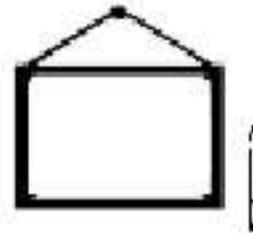


PHOTO CL

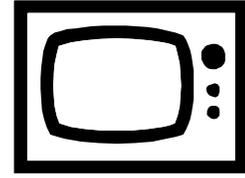
► Aide visuelle AB :



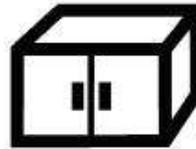
C'est bien de dessiner sur des feuilles



C'est bien de dessiner sur un tableau



Interdit de dessiner sur la télévision



Interdit de dessiner sur les meubles



Interdit de dessiner sur les vêtements

# RESUME

## TRAVAIL D'UN ORTHOPHONISTE DANS LE CADRE D'UN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE AVEC UNE RECONNAISSANCE AUTISME ; TRAVAIL AUTOUR DES BESOINS DE CETTE POPULATION : QUELLES AIDES VISUELLES ? ET COMMENT LES METTRE EN PLACE ?

Il s'agit dans ce mémoire, de présenter le travail d'un orthophoniste dans le cadre d'un foyer d'accueil médicalisé, avec des adultes présentant de l'autisme. Plus précisément, nous allons nous intéresser au travail mis en place autour d'aides à la communication que sont les aides visuelles. Celles-ci regroupent tous les moyens permettant d'évoluer vers plus de communication, et dont un des modes d'afférence est visuel. Elles peuvent être particulièrement utiles dans un trouble tel que l'autisme, où les capacités communicatives apparaissent diminuées et limitées de façon significative.

Nous effectuons donc une présentation de ces aides, puis nous décrivons et nous expliquons comment les choisir et comment les mettre en place. Suite à cela, nous illustrons nos écrits en nous appuyant sur le travail effectué au FAM les Lucines, avec les 23 résidents et l'ensemble des professionnels.

Cette présentation permet de dégager, non pas une méthode d'aide à la communication à proprement parler, mais elle expose une façon de travailler en institution, qui se base sur les personnes prises en charge et leurs spécificités, ainsi que sur les compétences et les connaissances des professionnels. Les aides visuelles s'adaptent donc à ces personnes, et non l'inverse.

Le but étant bien sûr de travailler pour mettre en place la communication la plus adaptée et la plus efficace possible afin d'amener la personne à un confort de vie et à un bien-être plus élevé, à une plus grande autonomie.

**Mots-clés :** Communication, Autisme, Aides visuelles, Besoins, Niveau de compréhension, Individualisation, Travail d'équipe.

## ***ABSTRACT***

### **WORK OF A SPEECH THERAPIST IN THE CONTEXT OF A HOME NURSING WITH AUTISM RECOGNITION; WORKING AROUND THE NEEDS OF POPULATION: WHAT VISUAL AIDS? AND HOW TO IMPLEMENT?**

This writing presents the work of a speech therapist in a medicalized home, with adults with autism. Specifically, we will look at the work around communication aids such as visual aids.

These include all the visual ways to permits more communication. They can be especially useful in disorders such as autism, where communication skills appear limited and reduced.

So, we make a presentation of the aid, and then we describe and explain how to choose and how to implement them. Following this, we talk about the communication work with the 23 person of “FAM les Lucines” and all the professionals.

This presentation makes clear, not a method of communication, but it set out a way to work in an institution, which is based on people needs and their characteristics, as well as the skills and the knowledge of the professionals. Therefore, Visual aids adapt to these people, not vice versa.

We must aim to work to establish communication most appropriate and most effective in order to these person have a more comfortable life, and well-being higher for a greater autonomy.

**Keywords:** Communication, autism, visual aids, needs, level of understanding, individualization, teamwork.