



**Institut de Formation et de Recherche En Santé de Normandie
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
UE28 « Mémoire »**

**L'usage de la communication alternative augmentée
par le kinésithérapeute chez les enfants ayant des
troubles de la communication**

Juin 2022

GOUIX Amandine

Sous la Direction de SAMSON Olivier

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé lors de la rédaction de ce mémoire ainsi que l'ensemble des personnes qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de mes études : ma famille et mes amis.

Je remercie mon directeur de mémoire, Olivier Samson pour ses conseils, son partage de connaissance sur mon sujet et la recherche.

Je remercie les professionnels de santé qui ont accepté de prendre du temps pour participer à un entretien et me permettre de rédiger mon mémoire.

Je remercie ma meilleure amie, Lorelei pour son soutien, ces nombreuses relectures et ces conseils avisés.

Je remercie ma famille et particulièrement mes grands-parents qui m'ont toujours soutenu et qui ont toujours cru en moi.

A toutes ces personnes, je les remercie et leur présente toute ma gratitude.

Résumé

Introduction : Certains enfants que nous prenons en charge en rééducation présentent des troubles de la communication. En tant que masseur-kinésithérapeute, il est important pour nous de donner des consignes, de savoir ce que ressent l'enfant et les troubles de la communication peuvent empêcher d'avoir ces informations et ainsi, influencer sur la prise en charge. Pour cela, nous pouvons nous demander quel usage le kinésithérapeute fait-il de la Communication Alternative Augmentée (CAA) dans sa prise en charge pour communiquer avec l'enfant.

Méthode : Pour savoir comment les kinésithérapeutes utilisent la communication alternative augmentée, des entretiens ont été effectués. Tout d'abord, pour mieux comprendre la CAA, une orthophoniste et une ergothérapeute ont été interrogées puis trois kinésithérapeutes. Des guides d'entretiens ont été utilisés pour chaque professionnel pour que les entretiens se déroulent tous de la même façon. Pour l'orthophoniste, le but était de mieux connaître les outils. Pour l'ergothérapeute et les kinésithérapeutes, l'entretien visait à savoir quel était l'utilité de la CAA et comment ils l'utilisaient pendant leur séance. Toutes les personnes interrogées travaillaient dans une structure pédiatrique.

Résultats : L'entretien avec l'orthophoniste et l'ergothérapeute a permis de connaître les différents outils : application pour smartphone, logiciel, pictogrammes, LSF, de savoir que chaque outil est dépendant de l'enfant, de ses besoins et de ses capacités. Les kinésithérapeutes ont fait émerger le fait que la communication est très importante pour savoir ce que ressent l'enfant, s'il est douloureux. Les outils de CAA sont importants dans ces cas-là pour pouvoir à la fois faire passer l'information plus facilement et que l'enfant puisse s'exprimer et ainsi connaître ses besoins. Cependant, les kinésithérapeutes ressentent des lacunes avec ces différents outils de communication car ils ne sont pas formés à l'utilisation de ces outils pendant leurs études.

Conclusion : La CAA est importante à utiliser chez les enfants qui ont des troubles de la communication car c'est un moyen qui permet d'échanger avec l'enfant et de savoir ce qu'il ressent, s'il est douloureux. Cela permet d'avoir une prise en charge optimale de l'enfant.

Mots-clefs : Trouble de la communication, CAA, Enfant, Rééducation.

Abstract

Introduction : Some children that we take care in rehabilitation have communication disorders. As a physiotherapist, it is important for us to give instructions, to know how the child feels and communication disorders can prevent having this information and thus, have an impact on the care. For this, we can ask ourselves what is the use of augmented alternative communication (AAC) in physiotherapy treatment to communicate with children.

Method : To know how physiotherapists use augmented alternative communication, interviews were conducted. First of all, to better understand AAC, a speech therapist and an occupational therapist were interviewed and then, three physiotherapists. Interview guides were used for each professional to ensure that the interviews were all conducted in the same way. For the speech therapist, the goal was to better understand the tools. For the occupational therapist and the physiotherapists, the purpose of the interview was to find out what was the usefulness of AAC and how they used it during their session. All interviewees worked in a pediatric setting.

Results : The interview with the speech therapist and the occupational therapist made it possible to know the different tools : smartphone application, software, pictograms, sign language and to know that each tool is dependent on the child, his needs and his abilities. Physiotherapist have brought out the fact that communication is very important to know what the child feels, if he is painful. AAC tools are important in these cases so that it's easier to pass on information and so that the child can express themselves and thus, know his needs. However, physiotherapists feel shortcomings with these different communication tools because they are not trained in the use of these tools during their studies.

Conclusion : AAC is important to use in children who have communication disorders because it is a way to communicate to the child and to know what he feels, if he is painful. It allows to have an optimal care of the child.

Key words : Communication disorders, AAC, Child, Rehabilitation

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Contexte.....	4
1.	Entretien exploratoire	4
2.	La pédiatrie ou l'enfant.....	4
2.1	Les besoins	5
2.2	Le développement	6
3.	Le masseur-kinésithérapeute	8
3.1	Définition	8
3.2	Les rôles	9
3.3	Le kinésithérapeute et la communication.....	10
a.	La communication dans les textes.....	10
b.	La communication professionnelle	11
3.4	Le kinésithérapeute en pédiatrie.....	12
4.	Langage, parole et communication.....	12
4.1	La parole.....	13
4.2	Le langage	13
4.3	La communication.....	14
4.4	Les troubles de la communication.....	15
5.	Le Makaton, système de Communication Alternative Augmentée.....	16
5.1	La Communication Alternative Augmentée	16
5.2	Le Makaton	21
III.	Question de recherche	23
1.	Hypothèses	24
IV.	Méthode.....	25
1.	Le choix de la méthode.....	25

2.	La population cible	25
2.1	Critères d'inclusion	25
2.2	Critères d'exclusion.....	25
3.	Réalisation des entretiens	26
3.1	Recueil des entretiens.....	26
3.2	Déroulement des entretiens	26
V.	Résultats	28
1.	Présentation des professionnels	28
2.	Analyse longitudinale	29
2.1	Premier entretien : Mme L.	29
2.2	Deuxième entretien : Madame S.	30
2.3	Troisième entretien : Madame U.....	33
2.4	Quatrième entretien : Madame A.....	35
2.5	Cinquième entretien : Madame T.....	37
3.	Analyse transversale	38
3.1	Les troubles de la communication.....	39
3.2	Les outils de communication	40
VI.	Discussion.....	45
1.	Interprétation des résultats.....	45
1.1	Les troubles de la communication.....	45
a.	Empêche d'avoir des informations.....	45
b.	Difficultés dans la prise en charge	45
1.2	Les outils de communications	46
a.	Les différents outils.....	46
b.	Formation à l'utilisation des outils.....	48
c.	Mise en place des outils	49

d. Utilisation des outils.....	50
2. Qualité méthodologique de l'étude.....	52
3. Synthèse des résultats et vérification des hypothèses.....	53
4. Limites de l'exploration et pistes de recherche	54
5. Perspectives professionnelles	55
VII. Conclusion.....	57
VIII. Bibliographie	59

I. Introduction

Dans le cadre de mon mémoire, je me suis intéressée à l'utilisation du Makaton. Mon sujet est particulièrement axé sur l'utilisation de cette méthode par les kinésithérapeutes pour intervenir de manière optimale auprès des enfants ayant des troubles de la communication.

A travers mon stage du semestre 6 que j'ai effectué dans un centre de rééducation pédiatrique, j'ai découvert une véritable envie des professionnels de santé de pouvoir comprendre au mieux leurs patients. Ainsi, j'ai découvert le Makaton. J'avais déjà quelques notions sur la Langue des Signes Françaises (LSF), j'ai donc pu comprendre que le Makaton est proche de la LSF mais diffère parfois sur quelques éléments, comme la différence de certains signes, et associe d'autres modalités.

Il est parfois compliqué de comprendre des patients qui ont des troubles de la communication mais avec le Makaton, nous nous donnons la possibilité de pouvoir interagir avec eux. Ainsi, j'ai été agréablement surprise de voir des séances d'apprentissage du Makaton pour le personnel soignant, enseignées par une orthophoniste du centre de rééducation qui était formée à cette méthode. Ces séances d'apprentissage permettaient donc d'acquérir un vocabulaire utile et adapté à nos prises en charge. J'ai donc pu découvrir au fil des semaines l'utilisation du Makaton avec des patients non verbaux et ainsi entretenir une conversation, c'est-à-dire savoir comment ils allaient, ce qu'ils ressentaient notamment. Je trouve que cela est primordial dans la prise en charge de nos patients, de savoir ce qu'ils éprouvent. Il ne faut pas que la parole soit une barrière ou un élément qui pourrait faire que notre prise en charge du patient soit moins adaptée que pour un patient qui aurait accès au langage oral.

En effet, un patient qui peut verbaliser ses plaintes, ses envies, ses gênes, nous permettra d'avoir une séance avec des objectifs adaptés à la situation du jour. A contrario, pour un patient qui n'a pas la possibilité de nous exprimer ces mêmes plaintes ou gênes, nous ferons une séance qui nous semble appropriée. Cependant, cette séance ne sera pas forcément adaptée du point de vue du patient car il pourrait avoir une douleur qu'il ne peut pas exprimer en raison de sa difficulté à accéder au langage oral.

Quand j'ai appris que des sessions de Makaton étaient organisées pour le personnel soignant et que j'ai pu y participer, beaucoup d'interrogations me sont venues par rapport à l'utilisation de cette forme de communication et à la communication en général avec des personnes ayant des troubles dans ce domaine.

En effet, lors des cours que nous avons eus pendant ces trois premières années, aucun d'entre eux n'abordait les façons de communiquer avec des patients n'ayant pas accès à l'expression verbale, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant.

Lors de mes précédents stages, j'ai rencontré des patients qui avaient des troubles de la communication. Certains ne parlaient pas du tout, mais à chaque fois, aucun moyen bien défini pour communiquer n'était instauré. Ainsi, nous essayions de communiquer avec la personne mais souvent, il était compliqué d'obtenir une réponse à notre question. Je me suis donc demandée pourquoi rien n'avait été mis en place, puisque mon stage au centre de rééducation m'avait permis de voir que cela était possible.

Lorsque j'ai fait des recherches complémentaires sur le Makaton pour en savoir plus, j'ai découvert le terme de « Communication Alternative Augmentée » que je n'avais jamais entendu auparavant. J'ai pensé que ce serait intéressant d'en apprendre plus à ce sujet qui reste inconnu pour beaucoup de personnes et qui est très peu utilisé dans l'univers de la kinésithérapie, bien que cette méthode puisse nous aider pour faciliter l'échange avec les patients en difficulté dans la communication.

Ainsi, de ce constat et des questionnements qui sont apparus par la suite, une question de départ m'est venue :

Quelle est la place du Makaton dans la prise en charge kinésithérapique des enfants ayant des troubles de la communication ?

Ayant quelques interrogations sur ma question de départ, je me suis rapprochée de ma formatrice pour en discuter. Je me suis alors aperçue que ma question n'était pas claire. Ma formatrice pensant que je cherchais à savoir quelle était la place du kinésithérapeute dans la

rééducation de ces troubles de la communication comme peut le faire l'orthophoniste. Cependant, ce n'est pas ce que je voulais exprimer.

Mon questionnement se situe surtout sur le fait qu'avec des enfants ayant des troubles de la communication, nous n'aurons pas le même moyen de communication. Nous essayerons d'établir un échange mais qui ne sera peut-être pas optimal, n'ayant aucun moyen bien défini et compréhensible par les deux personnes engagées dans cet échange.

Ainsi, je me demande si le fait de ne pas pouvoir pleinement comprendre le patient pourrait compromettre une prise en charge kinésithérapique la plus optimale qui soit pour cette personne. En effet, nous essayerons de comprendre ses besoins, ses demandes mais comme nous ne nous appuyerons sur aucun moyen spécifique, cela pourra être compliqué de les comprendre et donc de répondre aux attentes avec une séance adaptée à ce que le patient demande.

Après cette nouvelle réflexion sur mon thème et la question de départ initiale, j'ai décidé de revoir cette question de départ pour la modifier et la rendre plus précise, plus en rapport avec le questionnement que j'ai à ce sujet.

Ainsi, cette nouvelle question de départ serait :

Quelle est la place du Makaton comme support de communication pour avoir un échange entre le kinésithérapeute et les enfants ayant des troubles de la communication et ainsi avoir une prise en charge kinésithérapique optimale ?

II. Contexte

1. Entretien exploratoire

Afin de compléter la littérature, nous avons décidé avec deux autres camarades qui effectuent leur mémoire sur une thématique qui comprend la notion de communication, de réaliser des entretiens exploratoires pour compléter la partir contextuelle. Nous avons choisi l'entretien libre pour recueillir le maximum d'informations.

Nous avons sollicité plusieurs structures médico-sociales par téléphone ou par email entre les semaines 41 et 45. Nos différentes sollicitations nous ont permis d'avoir des réponses de trois professionnels différents mais travaillant dans la même structure. Nous avons pu nous entretenir avec une ergothérapeute, Madame G, une orthophoniste, Madame F et une psychomotricienne, Madame B.

Les trois entretiens se sont déroulés par visioconférence sur la plateforme Zoom. Ils ont été effectués entre le 16 novembre et le 24 novembre 2021.

Lors des entretiens, nous avons commencé par nous présenter et expliquer le but de notre demande. Nous avons recherché le consentement de la personne interviewé pour l'enregistrement. Ensuite, nous avons exposé la question initiale de notre entretien qui était : « Que pouvez-vous nous dire de la communication chez les patients pris en charge dans votre structure ? ». Nous avons fini par une phrase de remerciement.

2. La pédiatrie ou l'enfant

La pédiatrie est une branche de la médecine spécialisée dans la prise en charge des enfants, dès la vie intra-utérine, en collaboration avec l'obstétricien, jusqu'à leur majorité. [1]

Dans le cursus de formation d'un masseur-kinésithérapeute, le champ de la pédiatrie intervient dans l'UE 18 qui est au programme des semestres 5 et 6 et dans l'UE 23 aux semestres 6 et 7. Ainsi, les cours sur la pédiatrie commencent seulement en troisième année, alors que nous sommes confrontés à des prises en charge d'enfants bien plus tôt, souvent dès la première année de stage, puisque nous effectuons un stage en libéral. Cela peut donc nous mettre en difficulté de ne pas avoir de notion dans le champ pédiatrique, et, par la suite, de garder une certaine appréhension dans la prise en charge des enfants. [2]

De plus, il est important d'avoir des notions bien complètes sur le champ pédiatrique car le kinésithérapeute peut intervenir dans de nombreuses pathologies qui touchent l'enfant. Il peut prendre en charge des enfants dès le plus jeune âge pour des troubles respiratoires, orthopédiques, neurologiques, musculaires, ...

2.1 Les besoins

Pour son bon développement, l'enfant a des besoins.

Il a des :

- Besoins physiques : Être protégé des dangers pour éviter toutes blessures graves ou accidents, manger convenablement et de façon équilibrée, dormir suffisamment, être lavé régulièrement. Ces besoins sont nécessaires à sa croissance et à son bien-être.
- Besoins affectifs : Qui proviennent principalement de la part de ses parents. En effet, l'enfant a besoin de sentir qu'il est aimé par ses parents, qu'il est important pour eux et aussi qu'ils sont présents pour lui. Il va créer des liens de confiance avec les siens qui sont essentiels. Ainsi, il va développer une confiance en soi de base qui évoluera au fil du temps.
- Besoin d'être respecté : Un enfant a besoin que nous respections qui il est. Pour cela, nous devons respecter ses goûts, ses intérêts, sa personnalité, ses capacités, son rythme d'apprentissage, ses sentiments. Chaque enfant est unique et il est important de respecter leur individualité et de ne pas les comparer au frère, à la sœur ou à d'autres enfants qui font mieux. Ce comportement n'apporte rien, il pourrait même amener un sentiment de dévalorisation chez l'enfant.

- Besoin d'être guidé et stimulé intellectuellement : L'enfant découvre le monde qui l'entoure, il est important qu'il soit accompagné pour comprendre comment ce qui l'entoure fonctionne, pour comprendre la réaction des autres face à son comportement. Tous ces éléments vont faire naître chez l'enfant de la curiosité qui vont par la suite, lui donner l'envie de connaître et d'apprendre.
- Besoin d'être avec d'autres personnes : C'est important que l'enfant établisse des liens avec de nouveaux individus, d'autres enfants. Cela va lui permettre d'apprendre les règles qui régissent la vie à plusieurs. [3]

2.2 Le développement

Le développement de l'enfant est un processus complexe où plusieurs facteurs entre en jeu : les caractéristiques biologiques de l'enfant à la naissance, l'environnement familial ainsi que son entourage. [3] [4]

L'environnement familial a un impact très important sur le développement de l'enfant, c'est le facteur qui a le plus d'influence sur le développement de l'enfant. Les parents ont donc un rôle important à jouer dans le développement de leur enfant, notamment en répondant à leurs besoins.

Le développement chez l'enfant comprend plusieurs dimensions, il y a le :

- Développement neurologique
- Développement cognitif
- Développement socio-émotionnel
- Développement moteur
- Développement langagier [4]

Pour avoir une évolution harmonieuse, l'enfant doit acquérir des compétences dans chacune de ces dimensions du développement.

Dans ses apprentissages moteurs, l'enfant va à terme pouvoir bouger, prendre des choses, se déplacer, ... pour arriver à ces finalités, l'enfant doit d'abord passer par différentes étapes :

- Entre 4 et 6 mois : L'enfant arrivera à se mettre sur le côté, à relever la tête lorsqu'il est sur le ventre et à saisir des objets.
- Entre 6 et 9 mois : Il se retourne du dos sur le ventre et du ventre sur le dos et il pivote sur le ventre.
- Entre 7 et 11 mois : L'enfant va ramper, marcher à quatre pattes et s'installe en position assise tout seul et il la maintient.
- Entre 10 et 14 mois : Il franchit des obstacles à quatre pattes, il s'installe debout en s'aidant d'un appui sous ses mains, il se déplace le long d'un support et il peut marcher en poussant un support.
- Entre 10 et 18 mois : L'enfant va marcher seul. [5]

Ces références d'âge sont données à titre indicatif, ce sont des moyennes. Ce qui est important, c'est de connaître les séquences du développement et de vérifier que l'enfant les franchit successivement.

Chaque enfant est différent et possède son propre développement moteur. En effet, le développement moteur dépend de plusieurs facteurs :

- De la maturation du cerveau : Lorsque que le bébé naît, il ne dispose pas immédiatement de toutes ses possibilités. De nouveaux circuits nerveux vont se mettre en place au fil du temps pour lui permettre d'exécuter de nouveaux gestes et d'augmenter sa précision.
- Des aptitudes personnelles de l'enfant : Le potentiel moteur de chaque enfant est différent, il varie d'un enfant à l'autre.
- De l'environnement et de l'entourage de l'enfant qui peuvent favoriser ou gêner la bonne motricité de l'enfant.
- Des expériences motrices : Plus un enfant bougera, plus il sera à l'aise. [5]

3. Le masseur-kinésithérapeute

3.1 Définition

Maintenant, nous allons définir ce qu'est un kinésithérapeute. La masso-kinésithérapie est définie selon l'article L4321-1, modifié par la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 comme :
« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L.4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime le plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. » [6]

3.2 Les rôles

Parmi toutes ces fonctions, le masseur-kinésithérapeute doit assurer 7 rôles sociaux et professionnels :

- L'expert : Le masseur-kinésithérapeute détient un ensemble de savoirs, tel que le savoir-être, le savoir-faire mais aussi des savoirs théoriques et pratiques qu'il utilise dans le cadre d'un traitement kinésithérapique pour un patient.
- Le praticien : Le masseur-kinésithérapeute applique ces savoirs, notamment pratiques pour améliorer la santé du patient. Il est engagé dans la formation continue pour améliorer sa pratique.
- L'éducateur : Le masseur-kinésithérapeute communique avec le patient, sa famille dans un but de bien-être, de prévention et de promotion de la santé. Cette démarche s'inscrit dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de 2009 qui accorde une place très importante à l'éducation thérapeutique et à la prévention.
- Le formateur : Le masseur-kinésithérapeute joue un rôle dans la formation et l'information des étudiants mais aussi de ses pairs. Pour cela, il s'engage dans la recherche, il va appliquer, diffuser et transmettre ses savoirs dans le domaine de la kinésithérapie.
- Le communicant : Le masseur-kinésithérapeute utilise différents moyens existants comme certaines méthodes ou outils développés en éducation pour avoir un échange avec le patient, sa famille mais aussi avec les autres professionnels de santé.
- Le gestionnaire : Le masseur-kinésithérapeute assure à la fois, la gestion des ressources humaines et matérielles, les coûts de santé publique et la bonne pratique au service du patient.
- Le responsable au regard de la déontologie professionnelle : Le masseur-kinésithérapeute s'engage à exercer sa profession en respectant le code de déontologie et la réglementation et ainsi agir dans le meilleur intérêt du patient. [7]

3.3 Le kinésithérapeute et la communication

a. La communication dans les textes

La communication est un point essentiel dans le métier de masseur-kinésithérapeute, nous avons pu la retrouver dans les rôles du kinésithérapeute mais elle est aussi présente dans les compétences qu'il doit acquérir lors de sa formation initiale.

Pour être masseur-kinésithérapeute, il faut tout d'abord effectuer une première année d'étude universitaire, puis quatre années en Institut de Formation en Kinésithérapie. Durant ces quatre années, l'étudiant devra acquérir des savoirs qui sont regroupés sous formes de compétences.

Avec la réforme de 2015, ce sont onze compétences qui ont été instaurées, notamment pour se rapprocher au mieux de la physiothérapie internationale et d'autres professions médicales et paramédicales. Elles sont divisées en deux parties, les compétences 1 à 5 qui sont dites « cœur de métier » et les compétences 6 à 11 qui sont sur la place du professionnel dans son lieu de travail et dans le système de santé.

Parmi toutes ces compétences, la compétence 5 est particulièrement intéressante. Cette cinquième compétence s'intitule « Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ».

La communication est donc un élément central dans le métier de masseur-kinésithérapeute. En effet, dès que le kinésithérapeute rencontre le patient et jusqu'à la dernière séance, il va y avoir une relation de confiance qui va se créer entre ces 2 personnes. Cette relation va se créer grâce à l'écoute, à l'adaptation du vocabulaire, du comportement du thérapeute notamment pour que le patient comprenne bien le but, les objectifs lors des séances de rééducation. [2] [8] [9]

b. La communication professionnelle

La communication dans le domaine de la santé est aussi appelée la communication professionnelle. Elle comporte deux fonctions principales, échanger des informations et établir une relation avec le patient.

L'échange d'informations entre le patient et le professionnel de santé est important car il permet de poser un diagnostic, d'informer le patient ou d'assurer un suivi. Pour établir une relation, l'échange avec le patient est nécessaire afin de pouvoir le rassurer, de le guider dans sa démarche thérapeutique, de répondre à ses craintes, ...

Depuis plusieurs années, la relation entre le soignant et le soigné connaît des changements. Le patient devient acteur dans son suivi médical. Ainsi, il y a un partenariat entre le professionnel de santé et le patient, il devient acteur de sa maladie. Dans ce cas, la communication n'est plus seulement un moyen de collecter des informations et de les transmettre mais ça devient un outil pour comprendre le patient, ses attentes, ses objectifs, ...
[10]

Dans une telle relation, de nombreux concepts sont présents tels que le respect, la confiance, l'honnêteté et l'empathie. La notion d'empathie est très importante car elle permet au patient de trouver des solutions face à ses difficultés. La confiance est aussi importante entre le soignant et le soigné. Elle est à la base d'une relation fondée sur de bonnes bases entre les deux parties et qui pourra amener le patient à se poser des questions et essayer d'y trouver des solutions.
[10] [11]

Lorsque le praticien prend en charge un patient et qu'ils commencent un échange. Le professionnel de santé se doit de prendre en compte tous les aspects de la personne et de les respecter. Ainsi, il doit tenir compte de la dimension socioculturelle, cognitive et affective. Le praticien doit être en mesure de s'adapter face à la religion, les croyances culturelles de son patient mais aussi de ses émotions et ses sentiments.

La communication professionnelle doit être utilisée et maîtrisée car elle nécessite quelques habilités notamment sur la façon de poser les questions, de vérifier sa compréhension sur les informations énoncées par le patient mais aussi sur les informations véhiculées par le praticien. Il faut vérifier que le patient comprend les informations dites par le soignant. Ainsi, il faut être capable d'adapter ses propos aux possibilités cognitives du patient, en adaptant son langage.

Il faut aussi être en capacité de lever des obstacles à la communication tel qu'un déficit de langage ou sensoriel. [10]

3.4 Le kinésithérapeute en pédiatrie

Pour exercer en pédiatrie, le masseur-kinésithérapeute doit disposer d'aptitudes et de compétences particulières. En effet, il doit connaître les spécificités de l'enfant liées à son développement mais aussi s'adapter à chaque enfant.

Quelques principes sont propres à la prise en charge pédiatrique. Les séances de kinésithérapie doivent être ludiques pour faire adhérer le patient. La relation avec les parents ou l'entourage de l'enfant est très importante notamment pour leur permettre d'accompagner leur enfant en dehors des séances de rééducation. Le thérapeute doit aussi être à l'écoute de l'enfant et des parents. C'est indispensable pour garantir une rééducation optimale.

4. Langage, parole et communication

Le langage et la parole sont deux entités de la communication. Il est important de faire la distinction entre les deux car ils ne signifient pas la même chose.

4.1 La parole

Selon le DSM V, « La parole représente la production expressive de sons et comprend l'articulation de l'individu, sa fluidité, sa voix, et la qualité de la résonance ». [12] La parole est donc un système phonémique qui associe différents sons qui auront une signification particulière à la fin. La parole est une forme de langage.

La production de la parole nécessite que plusieurs structures du corps humain soient intactes comme le système phonologique (cognitif et linguistique), articuloire (sensorimoteur), praxique (planification des paramètres spatio-temporels) et prosodiques (stress, qualité et intonation de voix). [13]

4.2 Le langage

D'après le DSM V, « Le langage inclut la forme, la fonction et l'utilisation d'un système conventionnel de symboles (par exemple des paroles, la langue des signes, des mots écrits, des photos) d'une manière régie par des règles de communication ». Le langage permet d'exprimer sa pensée, son raisonnement. [12]

Le langage comporte deux facettes, celle de la réception qui permet de comprendre et celle de la production qui permet d'exprimer ce que l'on souhaite. Chez le nouveau-né, il existe une différence de développement entre l'audition et le tractus phonatoire qui joue un rôle dans le langage articulé. Il entend car l'audition est présente dès le stade fœtal alors que le tractus phonatoire est encore immature ce qui ne lui permet pas d'émettre un langage articulé. Il y a donc une différence d'évolution entre réception et production.

Ainsi, la réception commence dès le stade fœtal. La compréhension viendra ensuite, vers 8-10 mois puis la production commencera vers 13-15 mois. Cependant, la rapidité de la maturation motrice, permettant la production, peut varier d'un enfant à l'autre.

Pour parler, l'enfant doit pouvoir maîtriser les différentes composantes de son appareil vocal mais elles ne sont pas toutes matures dès la naissance. Le bébé, lorsqu'il naît, ne dispose pas de conduit vocal. C'est seulement à partir de 5 mois qu'il va pouvoir contrôler ses mouvements du larynx et son activité respiratoire. Jusqu'à ses 5-6 ans, l'enfant va pouvoir maîtriser son palais, sa langue, l'ouverture de son pharynx en association avec sa respiration.

Entre 4 et 8 mois apparaît le babillage. L'enfant émet des clics, des quasi-voyelles, des pré-consonnes palatales puis des syllabes complètes. Ensuite entre 9 et 15-18 mois, l'enfant ne babille plus au hasard, il assemble des suites de consonnes et de voyelles qu'il a entendu dans la langue parlée autour de lui.

Ainsi, entre 11 et 14 mois, nous pouvons dire qu'apparaissent les premiers mots de l'enfant. A cet âge, il prononcera environ dix mots puis 5 ou 6 mois après, l'enfant connaîtra en moyenne cinquante mots. Vers l'âge de 2 ans, il sera capable de produire trois cent dix mots différents. Cependant, il peut y avoir des différences d'évolution assez importantes entre les enfants jusqu'à leur 3 ans.

L'enfant commence à parler vers 12 mois mais il sera rentré en communication bien plus tôt avec les autres. En effet, un nouveau-né ne peut subvenir seul à ses besoins. Pour cela, il émettra des cris, des geignements, des sourires pour interagir avec son entourage. Chaque cri, chaque réaction ne sera pas anodine et exprimera un besoin bien spécifique de l'enfant. Il s'agit donc d'un exemple de communication entre le nouveau-né et une autre personne. [14]

4.3 La communication

Avant d'aborder les troubles de la communication, il est important de définir ce qu'est la communication, ses caractéristiques avec le langage et la parole.

La communication, c'est l'action de communiquer, d'informer, de transmettre quelque chose à quelqu'un en général par le langage.

Communiquer ce n'est pas simplement envoyer un message à quelqu'un, c'est un échange entre des personnes, souvent appelées l'émetteur et le récepteur. Le but est de créer une relation avec

l'autre, d'échanger des informations, des connaissances et cela passe par n'importe que canal disponible.

Il existe deux types de communication, la communication verbale et la communication non-verbale.

Il faut distinguer l'oral et le verbal. L'oral concerne la vocalisation alors que le verbal fait référence à la langue.

Ainsi, la communication verbale comprend la langue orale et écrite, la langue des signes et les tableaux de signes par exemple.

La communication non-verbale se définit par la des mimiques, la gestuelle, les expressions du visage ou du corps, les rapports de distance entre les individus auxquels une information est transmise, ... Ce sont des éléments signifiants sans utilisation du verbal qui se manifestent souvent de manière inconsciente et qui témoignent de l'émotion, de nos sentiments profonds.

[15] [16]

4.4 Les troubles de la communication

Les troubles de la communication peuvent être d'origine différente. En effet, il peut s'agir d'un déficit du langage, de la parole et de la communication.

Ces troubles peuvent être définis de différentes façons.

Selon le DSM V, il y a :

- Les troubles du langage : Difficultés dans l'acquisition du langage par un vocabulaire réduit, des difficultés à construire des phrases. Le niveau de langage de l'enfant est inférieur au niveau théorique qui devrait être acquis.
- Les troubles de la phonation : Difficulté dans la production de phonème, ce qui peut être un obstacle dans la compréhension par autrui.

- Les troubles de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance (bégaiement) : La fluidité verbale et le rythme de la parole sont perturbés. Il existe une répétition des sons, une prolongation des sons. La prise de parole est une source de stress pour l'enfant.
- Les troubles de la communication sociale : Difficultés à employer la communication verbale et non-verbale, ce qui entraîne des limitations dans la vie sociale.
- Les troubles de la communication non spécifiés : Ce sont des enfants qui présentent des troubles de la communication mais qui ne présentent pas les critères des différents troubles cités ci-dessus ou seulement un seul. [12]

Maintenant, il est intéressant de savoir vers qui orienter les enfants ayant des troubles de la communication. Il s'agit principalement de l'orthophoniste qui intervient pour le bégaiement, les troubles de la parole, du langage, de l'articulation. Ce professionnel de santé est un élément essentiel dans la prise en charge des troubles de la communication. [17]

Il est également possible de trouver des ergothérapeutes qui travaillent en collaboration avec les orthophonistes. [18]

5. Le Makaton, système de Communication Alternative Augmentée

Le Makaton ou le programme Makaton est un système alternatif de communication qui utilise en même temps le langage oral, les signes de la LSF et des pictogrammes. Cette façon de communiquer fait partie de la Communication Alternative Augmentée (CAA).

5.1 La Communication Alternative Augmentée

La Communication Alternative Augmentée est traduite du terme américain « Augmentative Alternative Communication » (AAC).

Elle comprend tous les moyens humains et matériels qui permettent de communiquer différemment et d'une meilleure façon qu'avec les modes habituels ou naturels quand il y a une déficience ou une absence de ces modes. La CAA permet de pallier à des déficiences temporaires ou permanentes de personnes ayant des troubles du langage et/ou de la parole, que ce soit dans le domaine de la production et/ou de la compréhension à la fois orale ou écrite. [16] [19]

Pour aider les personnes qui ont un trouble de la communication à exprimer leur pensée, leurs besoins, leurs idées, la Communication Alternative Augmentée s'appuie sur différents outils. Il y a ceux :

- Sans aide externe : Qui utilise les signes manuels
- De basses technologies : Avec les pictogrammes, les tableaux de communication, les dessins au trait
- De moyennes technologies : Les contacteurs enregistreurs
- De hautes technologies : Les appareils vocaux, les commandes oculaires, les applications [19]

Pour les moyens de communication utilisant des signes, on retrouve la Langue des Signes Françaises (LSF). C'est une langue à part entière, elle a été reconnue officiellement par la loi du 11 février 2005. Elle est la première langue utilisée en France par les personnes sourdes entre elles. Il y a un ensemble de règles qui régissent cette langue. Les gestes ne sont pas utilisés au hasard, il y a une importance sur la formation des signes, sur la construction des phrases gestuelles. Pour construire un signe, il y a cinq paramètres qui entrent en compte, la forme, l'orientation, l'emplacement, le mouvement de la main, ainsi que l'expression du visage. Ce sont ces éléments de base qui constitue la grammaire de la LSF. [20]

Dans la LSF, c'est le canal visuo-gestuel qui est utilisé, c'est-à-dire que ce sont la vision et le geste qui sont recrutés alors que chez les personnes entendantes, c'est le canal audio-oral qui est stimulé avec l'utilisation de l'audition et de la phonation. [21] [22]

L'avantage de la LSF, c'est que « les signes c'est quelque chose qu'on a sur soi, on a pas besoin de transbahuter un matériel », selon Madame F.

Comme pour les langues orales, il existe différentes langues des signes selon les pays, avec leur propre grammaire, leurs propres paramètres. Ainsi, il existe la langue des signes américaines, American Sign Language (ASL), la langue des signes britanniques, British Sign Language (BSL) ou encore la Langue des Signes Québécoise (LSQ).

Le tableau ou classeur de communication est l'outil individuel de communication non technologique le plus commun. Il peut se présenter sous formes de tableau, classeur ou autre support sur lesquels on peut trouver des pictogrammes, des images, ou encore des lettres ou des mots qui sont à la disposition de la personne voulant communiquer pour pouvoir être décodés par l'autre personne.

Cet outil nécessite une forte implication de l'interlocuteur. Il faut qu'il soit très attentif, qu'il soit investi car il devra traduire les cases pointées en mots ou en phrases. Il devra aussi être doué dans la compréhension et connaître la personne qu'il a en face de lui car elle peut nécessiter d'être dans certaines conditions pour pouvoir s'exprimer.

Pour les classeurs de communication, *« il y a souvent besoin d'une aide humaine car c'est beaucoup de pages et donc beaucoup de capacités cognitives à avoir pour l'organisation »*, d'après Madame G.

On peut trouver le tableau de pictogramme, c'est un inventaire de pictogramme, ils peuvent être assemblés pour former un message souvent assez approximatif qui sera oralisé par le partenaire. Ces tableaux de pictogrammes peuvent être organisés de nombreuses façons. En fonction des centres d'intérêts de l'enfant, en fonction du vocabulaire utilisé fréquemment, ... Les pictogrammes peuvent aussi être différents selon les tableaux de communications. Il existe une multitude de pictogrammes différents utilisés en France.



Figure 1 : Pictogrammes [23]

Le contacteur enregistreur est un petit boîtier qui s'actionne grâce à une partie du corps (la main, la tête, le pied, ...). Un message va pouvoir être enregistré dessus et il sera diffusé lorsque la personne appuiera sur le contacteur. Une image, un pictogramme peut aussi être glissé sous le capuchon transparent, ce qui peut être utile lorsque la personne possède plusieurs contacteurs.

Pour être bien utilisé, le contacteur doit être adapté à la personne qui va l'utiliser. Pour cela, il faut qu'il soit adapté dans l'environnement, l'emplacement de la fixation doit être bien choisi pour que la personne puisse l'atteindre facilement et que ça ne soit pas un effort d'aller appuyer sur le contacteur.



Figure 2 : Contacteur enregistreur [23]

Les appareils vocaux sont aujourd'hui nombreux. Ils permettent de « donner une voie » aux personnes qui ne disposent pas de l'oralité. Lorsque l'utilisateur est habile avec son appareil, cela permet un gain de temps et d'autonomie car l'interlocuteur n'a plus besoin de décoder ce que veut dire la personne en face de lui. Cependant, cela nécessite une bonne maîtrise de l'outil numérique ce qui n'est pas forcément le cas de tous les utilisateurs. Il existe des appareils spécifiques dédiés à la communication alternative augmentée et aux personnes en situation de handicap. Ils sont fabriqués par des sociétés spécialisées.

Il y a aussi l'ordinateur classique qui va être équipé de logiciels spécifiques. Cet outil est beaucoup moins onéreux et donc plus accessible. Cependant, il peut présenter quelques inconvénients tels qu'une faible adaptation à la lumière, au soleil, une faible résistance à la pluie, une fragilité de l'écran, ...

La tablette tactile est un outil technologique qui est aussi utilisé pour la communication avec l'installation d'applications spécialisées. Mais tout comme l'ordinateur, elle présente des faiblesses comme l'adaptation aux conditions environnantes, la fragilité, ... De plus, la manipulation de l'écran tactile n'est pas toujours aisée, notamment pour des personnes ayant des troubles moteurs. [24]

L'outil de communication alternative augmentée sera choisi en fonction des besoins de l'enfant mais aussi en fonction de ses capacités. « *Ce n'est pas les mêmes moyens de communication pour tout le monde, pour tous les enfants* », selon Madame G.

L'outil pourra évoluer avec le temps. Le choix de l'outil peut aussi être influencé par son coût, de la quasi-gratuité pour les tableaux de communication à un coût très important pour des outils technologiques poussés.

Une évaluation menée par l'orthophoniste et/ou l'ergothérapeute sera nécessaire pour instaurer un outil de communication qui sera le plus adapté à l'enfant. [16]

Pour Jacques Souriau, « Faciliter la communication, ce n'est pas seulement utiliser des outils techniques, c'est aussi faire sans cesse le lien avec la vie, ce qui requiert le partage entre les proches et la personne handicapée des récits de vie qui permettent de comprendre les expressions et d'y répondre. » [16]

La Communication Alternative Augmentée est connue du grand public notamment grâce à deux personnes très connues.

Tout d'abord, Jean-Dominique Bauby, atteint du Locked-in Syndrom suite à un accident vasculaire cérébral. Il est l'auteur du livre « Le scaphandre et le papillon » qui a été adapté au cinéma. Il communiquait grâce à un clignement de sa paupière car c'est le seul mouvement qu'il pouvait effectuer.

Ensuite, il y a Stephen Hawking, physicien théoricien, cosmologiste anglais et professeur à l'université de Cambridge. Dès l'âge de 20 ans, il souffre d'une sclérose latérale amyotrophique qui évoluera au fil du temps. Il a d'abord commencé par utiliser un commutateur dans sa main pour écrire sur un ordinateur tandis qu'un synthétiseur vocal lisait ce qu'il écrivait. Ensuite, il a perdu l'usage de sa main et c'est avec les contractions de sa joue repérées par un capteur infrarouge fixé à une branche de ses lunettes qui lui permettait de sélectionner des lettres sur un alphabet virtuel. Avec l'aggravation de son état, c'est avec la reconnaissance faciale des mouvements de ses lèvres et de ses sourcils qu'il communique. [16] [25]

5.2 Le Makaton

Le Makaton est un programme de rééducation qui s'adresse à des personnes ayant des troubles sévères du langage et de la communication. Il a été mis au point par Margaret Walker, une orthophoniste britannique, au Royaume-Uni en 1972 et est utilisé depuis plus de trente ans en Grande-Bretagne et dans de nombreux autres pays. Le Makaton est arrivé en France en 1995 mais a été réellement connu en 2010 grâce à l'association Devenir Dysphasie. [26] [27]

Contrairement à la LSF, le Makaton associe des pictogrammes. Ainsi les signes et les pictogrammes illustrent l'ensemble des concepts. Les pictogrammes sont des symboles graphiques codés. Ils offrent une représentation visuelle du langage qui améliore la compréhension et facilite l'expression. Ils sont présentés et utilisés sous diverses formes : cartes, cahier ou tableau de communication. La diversité des concepts permet rapidement de favoriser les échanges en accédant à l'ensemble des fonctions de la communication : dénommer, formuler une demande ou un refus, exprimer un sentiment, ... [28]

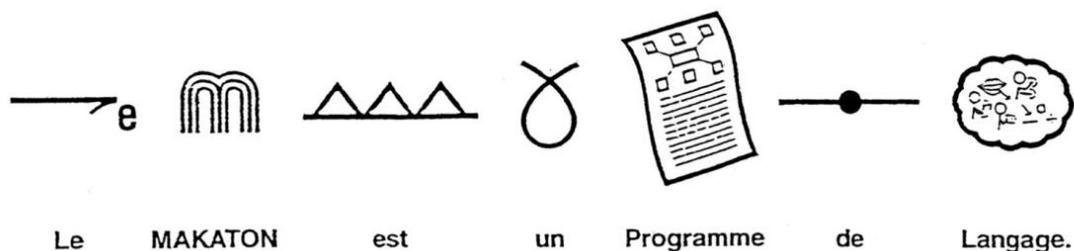


Figure 3 : Exemple d'une phrase avec des pictogrammes Makaton [29]

Ce moyen de communication peut être proposé à tous les enfants pour lesquels le seul bain de langage n'a pas permis de développer une communication orale fonctionnelle. Il est possible de le proposer aussi à toute personne rencontrant des difficultés à communiquer, des difficultés de compréhension ou des troubles du langage oral, c'est-à-dire :

- Les personnes sourdes
- Les personnes présentant des troubles sévères du langage et des dysphasies
- Les personnes avec des troubles d'apprentissage de degrés variables
- Les personnes présentant des handicaps mentaux
- Les polyhandicaps
- Les personnes avec des handicaps physiques
- Les personnes avec un trouble du spectre autistique ou des troubles envahissants du développement (TED)
- Les personnes présentant des troubles acquis du langage (aphasiques, traumatisés crâniens, ...) [26]

Les objectifs du Makaton sont d'améliorer la compréhension et de favoriser l'oralisation, de permettre de meilleurs échanges au quotidien, d'établir une communication fonctionnelle, de structurer le langage oral et écrit et d'optimiser l'intégration sociale.

En effet, dans le domaine de la kinésithérapie, le but du Makaton est vraiment de pouvoir permettre une communication fonctionnelle pour connaître les besoins, les plaintes et les envies de l'enfant mais aussi de favoriser de meilleurs échanges au quotidien pour renforcer le partenariat entre l'enfant et le soignant. Le Makaton donne également l'opportunité aux enfants d'avoir des échanges avec les autres enfants ou des personnes extérieures et par conséquent de favoriser un lien social.

III. Question de recherche

A la suite de ces recherches qui m'ont permis d'approfondir mon sujet, j'ai remarqué qu'il y avait peu de littérature sur le Makaton dans la pratique kinésithérapique. Le Makaton est un moyen bien particulier de communication mais même si nous élargissons aux différents moyens de Communication Alternative Augmentée, il y a toujours peu de littérature.

Ma première intention était de partir sur la place du Makaton comme support de communication pour avoir un échange entre le kinésithérapeute et les enfants ayant des troubles de la communication et ainsi avoir une prise en charge kinésithérapique optimale. Mais après ces différentes recherches et le peu de littérature en lien avec le Makaton et la kinésithérapie, la place du Makaton implique que les masseur-kinésithérapeutes utilisent cette technique. Ainsi, cela réduit la population de masseur-kinésithérapeute en capacité de se prononcer sur ce sujet.

De plus, après avoir réalisé des entretiens avec différents professionnels de santé exerçant dans des structures pédiatriques, j'ai remarqué qu'ils n'utilisaient pas le Makaton mais d'autres moyens de communication qui s'inspiraient du Makaton. En effet, le Makaton est un moyen bien particulier de communication alternative augmentée avec des règles très précises, par exemple les pictogrammes utilisés sont propres au Makaton, on ne peut pas utiliser d'autres pictogrammes.

En effet, selon Mme G, « *le Makaton est hyper complexe* », « *personne n'a le même mot derrière l'image* ».

Ainsi, je pense qu'il ne faut pas que je fixe un moyen de communication particulier car je risque d'avoir peu de professionnels concernés. En effet, il est préférable que je sois plus large dans ce domaine et que j'inclue toutes les formes de communication alternative augmentée car le moyen de communication choisi se fait en fonction des capacités de l'enfant. De plus, je pense qu'il serait intéressant de changer le terme « place » pour le remplacer par « usage », ce qui permettrait d'inclure tous les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en pédiatrie et ne pas réduire seulement au thérapeute qui pratique une de ces méthodes.

De cette réflexion découle ma question de recherche qui serait :

Quel usage le kinésithérapeute peut-il faire de la communication alternative augmentée pour avoir un échange avec des enfants ayant des troubles de la communication et ainsi avoir une prise en charge kinésithérapique optimale ?

1. Hypothèses

H1 : Les difficultés de communication entravent la rééducation en kinésithérapie pédiatrique.

H2 : Un moyen de Communication Alternative Augmentée quel qu'il soit, est bénéfique pour communiquer avec les enfants ayant des troubles de la communication.

H3 : Les masseurs-kinésithérapeutes sont à l'aise avec l'utilisation de différents supports de communication alternative augmentée.

IV. Méthode

1. Le choix de la méthode

Ce mémoire porte sur les outils de communication alternative augmentée comme support de communication dans la prise en charge kinésithérapique. Ce mémoire est à visé exploratoire.

Pour répondre à cette question de recherche, la méthodologie choisie est l'entretien. Dans ce cas, l'entretien semi-directif semble le plus adapté.

2. La population cible

L'entretien sera destiné à des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'état, des ergothérapeutes ainsi que des orthophonistes prenant en charge des enfants avec des troubles de la communication. Le lieu d'exercice des professionnels n'aura pas d'importance.

2.1 Critères d'inclusion

- Être diplômé d'état en masso-kinésithérapie ou en ergothérapie ou en orthophonie
- Prendre en charge des enfants ayant des troubles de la communication
- Exercer sur le territoire français

2.2 Critères d'exclusion

- Ne pas être diplômé d'état en masso-kinésithérapie, en ergothérapie ou en orthophonie
- Ne pas prendre en charge des enfants ayant des troubles de la communication
- Ne pas exercer en France

3. Réalisation des entretiens

3.1 Recueil des entretiens

Les professionnels ont été contactés par mail ou directement en présentiel. Pour les personnes contactées par mail, les entretiens se sont déroulés en visioconférence sur la plateforme Zoom et pour ceux contactés directement, l'entretien s'est fait en face à face. Les entretiens se sont déroulés aux mois de février et mars 2022.

Cinq entretiens ont été menés, un avec une ergothérapeute, un autre avec une orthophoniste et trois avec des masseurs-kinésithérapeutes. Ces différents professionnels exercent tous dans une structure pédiatrique.

Lors de ces entretiens, il a été annoncé aux participants que cet entretien se déroulait dans le cadre du mémoire de fin d'étude. Aucune note n'a été prise pendant les entretiens. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du participant au préalable. Un enregistreur vocal sur smartphone a été utilisé. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits à l'écrit. L'ensemble des éléments portant sur l'identité d'une personne a été anonymisé et les prénoms remplacés par des pseudonymes. Les règles de confidentialités ont donc bien été respectées.

Lors de la retranscription des entretiens, les hésitations ont été enlevées ainsi que la répétition de mots. Les propos hors sujets ont aussi été retirés.

3.2 Déroulement des entretiens

Pour débiter, une courte présentation de l'étudiant sera faite en expliquant le but et les objectifs de ces entretiens. Ensuite, le participant devra se présenter, présenter son parcours professionnel. Puis, des questions pour répondre à la problématique du mémoire seront posées en suivant un guide d'entretien (Annexe 1, 2 et 3), rédigé auparavant, pour avoir une régularité dans les différents entretiens. Les grilles d'entretiens comprennent trois parties. La première partie concerne le parcours professionnel du participant, les formations qu'il a pu effectuer, son

expérience dans le domaine de la pédiatrie. La deuxième partie vise à recueillir des informations sur la communication alternative augmentée chez les enfants ayant des troubles de la communication et comment elle est utilisée dans les prises en charge. La troisième partie permet au participant d'ajouter des choses s'il n'a pas pu les dire dans la deuxième partie ou de poser des questions.

V. Résultats

1. Présentation des professionnels

Une ergothérapeute, une orthophoniste et trois masseur-kinésithérapeutes ont été interrogés. Ils sont âgés de 26 à 41 ans. Ils ont tous une activité en structure médical ou médico-social.

Une orthophoniste et une ergothérapeute ont été sollicités car ce sont les deux professions de santé qui connaissent le mieux les outils de communication alternative augmentée. Il me semblait intéressant de les interroger pour avoir un maximum d'informations sur ces différents outils.

Ensuite trois kinésithérapeutes ont été interrogés car ils sont au cœur de ma question de recherche. Ce sont eux qui vont m'apporter des éléments pour répondre à ma problématique.

Tableau 1 : Récapitulatif des situations des professionnels

Répondant	Code	Date du diplôme	Lieu d'exercice	Mode d'entretien	Durée de l'entretien
Ergothérapeute	Mme L.	2019	Structure médico-social et libéral	Présentiel	12 mn 41 s
Orthophoniste	Mme S.	2002	Structure médico-social	Présentiel	24 mn 47 s
Masseur-kinésithérapeute	Mme U.	2021	Centre de rééducation	Visio	13 mn 37 s
Masseur-kinésithérapeute	Mme A.	2015	Centre de rééducation	Visio	10 mn 53 s
Masseur-kinésithérapeute	Mme T.	2015	Structure médico-social	Présentiel	5 mn 19 s

2. Analyse longitudinale

2.1 Premier entretien : Mme L.

L'entretien s'est déroulé en présentiel, dans une salle isolée. Ainsi, l'échange était facile et compréhensible et nous n'avons pas été interrompues.

Madame L est ergothérapeute depuis 2019. Depuis le début de sa carrière, elle a toujours exercé dans le domaine de la pédiatrie. Sa pratique a été variée. Elle a exercé en centre de rééducation, dans des structures médico-sociales et depuis quelques mois, elle associe sa pratique en institut d'éducation motrice et une activité en libéral.

Dans l'univers de la communication alternative augmentée, l'ergothérapeute joue un rôle important. Lorsqu'il n'y a pas d'orthophoniste ou lorsqu'elle est peu présente, l'ergothérapeute va s'occuper de la mise en place des différents outils de communication chez les enfants qui en ont le besoin. Elle va aussi s'occuper de la signalétique de l'établissement par exemple, pour qu'elle soit accessible à tous. Elle peut aussi mettre en place certains outils pour aider les autres professionnels à communiquer facilement avec ces enfants-là. Sinon, en général, l'ergothérapeute a un rôle dans le soutien des enfants à utiliser leur moyen de communication. Elle va inciter l'enfant à utiliser son outil lors des séances, à travers les activités et les jeux qu'elle peut proposer.

Elle peut travailler en collaboration avec l'orthophoniste, notamment pour assurer une continuité dans la mise place de l'outil et veiller à ce que l'enfant l'utilise au maximum. Mais aussi auprès de l'équipe et des parents, pour leur expliquer comment fonctionne l'outil, pour leur donner des conseils d'utilisation, ...

C'est aussi la professionnelle qui va savoir quels outils sont accessibles à l'enfant sur le plan physique et moteur mais aussi dans son quotidien et ainsi, mettre en place des adaptations si nécessaire.

Pour Madame L, la mise en place des outils n'est pas quelque chose de facile à réaliser. C'est très dépendant de l'enfant. Ainsi, ça dépend de ses capacités mais aussi de sa motivation.

De plus, certains moyens ne sont pas faciles à instaurer comme les logiciels ou les tablettes. La mise en place est technique, peu de professionnels savent s'en servir ce qui peut freiner la mise en place ou le personnel proche de l'enfant à l'utiliser. De plus, ces outils très techniques demandent une énergie importante à fournir à certains enfants pour l'utiliser et ainsi entraîne une fatigue.

Dans son cursus, Madame L n'a pas eu de cours ou d'informations sur les différents outils de communication alternatif augmenté. Quand elle a été confrontée à des enfants qui avaient des troubles de la communication et qui utilisaient certains outils, elle a entrepris des recherches pour en savoir davantage. Elle allait voir les différents outils, les utiliser pour savoir comment s'en servir et après pouvoir les utiliser avec les enfants.

Pour Madame L, les outils de communication sont une aide pour les prises en charge d'enfants ayant des troubles de la communication. Lorsque l'outil est bien mis en place et intégré dans le quotidien de l'enfant, ça permet à l'enfant de s'exprimer de dire ce qu'il a envie de faire, comment il se sent.

2.2 Deuxième entretien : Madame S.

L'entretien s'est déroulé en présentiel dans le bureau de Madame S. Ainsi, l'échange était facile et compréhensible et nous n'avons pas été interrompues.

Madame S est orthophoniste depuis 2002. Elle a tout d'abord exercé en cabinet libéral avec une prise en charge principalement d'enfant mais elle intervenait aussi deux fois par semaine dans un foyer d'accueil auprès d'adultes paralysés cérébraux. Ensuite, elle a travaillé dans un SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile) APEI (Association de Parents d'Enfants Inadaptés) donc auprès d'enfants ayant un déficit intellectuel. Et depuis 2008, elle exerce au sein d'un institut d'éducation motrice auprès d'adolescent. En plus de son activité professionnelle, depuis cinq ans, elle intervient à l'école d'orthophonie pour donner des cours.

Lorsque des enfants ont des troubles de la communication, le but est de trouver un outil pour palier à ce déficit. De nombreux outils existent :

- Les applications pour smartphone ou tablette
- Des logiciels sur ordinateur
- Les synthèses vocales
- Les pictogrammes
- La LSF

Il existe une multitude d'application à installer sur les smartphones. Le choix se fait selon plusieurs critères, gratuit ou payant, en fonction des besoins et des capacités de l'enfant.

Instaurer un outil de communication peut être très difficile voire impossible, notamment lorsque l'enfant et la famille ne veulent pas.

Lorsqu'un outil est mis en place, il est possible qu'il ne soit pas forcément utilisé. Si la demande ne vient pas du jeune mais plutôt de son entourage, il y a de grande chance pour que l'enfant ne l'utilise pas car il y a un manque de motivation. La motivation est un élément important dans la mise en place d'un outil, il faut que l'enfant ait envie et pour cela il faut qu'il ressente une gêne pour s'exprimer.

La mise en place d'un outil de communication se fait en collaboration avec l'ergothérapeute. Ils sont souvent instaurés chez les jeunes enfants.

Si un enfant a des spécificités particulières, il est possible d'appeler le C-RNT (Centre d'Expertise et de Ressources Nouvelles Technologies et Communication). En décrivant le cas de l'enfant, il trouve un outil qui pourrait convenir à ses besoins et ses possibilités.

Il n'y a pas d'outils à privilégier plus que d'autres, l'instauration d'un outil doit se faire en fonction de la situation, des besoins de l'enfant et de ses capacités. Il faut vraiment s'adapter. Cependant, l'outil le plus rapide est le pictogramme, c'est le plus systématique et c'est le plus commun à tous.

Pour Madame S, il serait intéressant de mettre en place un outil de communication dès le plus jeune âge : « *Plus on instaure un moyen de communication tôt, mieux c'est* ».

Pour cela, il faudrait repérer les signes qui pourrait montrer que l'enfant sera non verbale par exemple s'il ne babille pas, s'il a des troubles de l'alimentation, des difficultés à téter, à manger des morceaux. Quand il y a des signes qui montrent des troubles de la motricité oro-faciale, il serait intéressant de mettre en place des moyens.

La famille a une place importante dans la communication de l'enfant. Cependant, le travail autour de l'outil de communication peut être assez complexe avec les familles notamment lorsque la prise en charge est en structure car il y a peu de contact avec les familles.

Beaucoup de familles n'utilisent pas de moyen de communication car ils comprennent leur enfant. De plus, certaines familles sont réticentes à l'instauration d'un outil de communication car ils ont peur que l'utilisation d'un outil empêche l'apprentissage de la parole. D'autres familles peuvent être réceptives aux demandes, quand une demande est faite, ils y répondent favorablement. Cependant, ce n'est pas pour autant que l'outil va être utilisé régulièrement. Notamment les applications. Une application doit être alimentée souvent pour enrichir le vocabulaire de l'enfant mais la famille considère que c'est le rôle de l'orthophoniste, ce qui n'est pas le cas. Elle ne peut pas enrichir les applications de tous les enfants. C'est le rôle de la famille d'enrichir le vocabulaire dans l'application en fonction des activités que l'enfant a pu effectuer mais c'est rarement fait.

Il est important que la famille s'investisse dans l'outil de communication de leur enfant, il faut que la famille utilise l'outil pour que l'enfant le fasse aussi. Pour cela, il ne faut pas simplement s'exprimer à l'oral, même si l'enfant le comprend, il faut à la fois utiliser l'oral et en même temps, l'outil de communication.

Madame S a pu remarquer qu'en général, l'adulte a tendance à souvent formuler des questions fermées, notamment pour aller plus vite. En effet, formuler une phrase sur son outil de communication peut nécessiter beaucoup de temps à un enfant. Ainsi, cela entraîne une sous-utilisation de l'outil.

De plus, l'enfant ne sait pas toujours quoi faire de son outil, notamment quand il marche.

Les outils de communication sont plus facilement utilisables lorsque l'enfant est en fauteuil roulant, il peut le poser.

Dans les nombreux moyens de communication alternatif augmentée, le plus pertinent serait la langue des signes. Elle ne nécessite pas de matériel, même avec une main, ou des troubles de la motricité, il est possible de faire des signes reconnaissables. Cependant, il faudrait que tout le monde la connaisse.

2.3 Troisième entretien : Madame U.

L'entretien s'est déroulé en visioconférence sur la plateforme Zoom. L'échange était fluide, quelques coupures très brèves de son ont eu lieu mais sans avoir d'impact sur la compréhension dans la conversation.

Madame U est masseur-kinésithérapeute depuis 2021. Elle a tout d'abord exercé pendant l'été auprès d'adultes puis depuis le mois de septembre, elle travaille dans un centre de rééducation pédiatrique. Dans un premier temps, son activité se composait à 50% en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et à 50% dans un EEAP (Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés) et maintenant, elle exerce à 90% en SSR et 10% en EEAP.

Pour Madame U, la communication a plusieurs rôles à jouer dans la prise en charge kinésithérapique. Il est important de savoir comment l'enfant se sent, s'il est douloureux, ses besoins. Ça permet aussi de créer une « *alliance thérapeutique* » avec eux. Et puis, c'est important de connaître l'enfant, pour savoir ce qu'il aime ou ce qu'il n'aime pas.

Ainsi, quand l'enfant présente des troubles de la communication, ça peut être un frein à la prise en charge car on ne connaît pas l'enfant, on ne connaît pas sa façon de communiquer contrairement à sa famille par exemple. Ainsi, il est possible de faire des erreurs, de ne pas prendre en charge correctement l'enfant et « *ne pas repérer une situation qui pour l'enfant est inconfortable* ».

Cependant, pour Madame U, il est possible de « *mener une rééducation quand même à bien avec un enfant qui ne communique pas* ». Si on dispose de moyens de communication alternatifs, il est possible d'avoir une bonne prise en charge.

Madame U utilise principalement le Makaton dans ses séances, notamment les signes du Makaton. Elle utilise aussi un peu les pictogrammes mais se sentant moins à l'aise, elle préfère privilégier les signes qu'elle maîtrise plus.

Avec les enfants polyhandicapés, c'est une communication qui va s'installer à force de connaître l'enfant. Ce sont souvent les parents qui expliquent comment leur enfant communique, certains gestes ont une signification particulière.

Les parents ont un rôle important car ils connaissent tout sur leur enfant, ainsi ils ont de précieux conseils à donner surtout quand c'est un enfant qui arrive et qui n'est pas encore connu.

Cependant, il y a aussi certains parents qui se sentent démunis face aux troubles de la communication de leur enfant. Dans ce cas, ce sont plutôt les équipes qui vont bien connaître l'enfant et savoir comment il communique.

Madame U utilise le Makaton au cours de ses séances, notamment pour donner des consignes mais aussi pour rassurer un enfant par exemple, le situer dans la journée. Ça permet de comprendre l'enfant et d'avoir un échange avec lui.

Elle n'a pas de rituel dans l'utilisation du Makaton, c'est vraiment dépendant de l'enfant. Mais il y a quand même le signe du « *Bonjour* » et du « *Au revoir* » à chaque séance.

Pour Madame U, l'outil de communication est une aide, « *C'est beaucoup plus facile d'avoir cet outil pour communiquer avec les enfants et leur faire passer des consignes* ». Ça permet d'avoir un échange avec l'enfant.

Il y a un travail en collaboration qui s'effectue avec l'orthophoniste, notamment pour savoir comment l'enfant s'exprime, quels moyens il a mis en place pour que l'enfant puisse communiquer. L'orthophoniste donne des conseils, des indications sur l'outil de communication et la façon de s'en servir pour l'utiliser à bon escient.

Madame U utilise le Makaton car c'est le seul outil qu'elle connaît, c'est celui qui est utilisé principalement dans le centre de rééducation où elle travaille. Elle exerce depuis peu de temps donc elle n'a pas vu beaucoup d'outils de communication. Ainsi, elle apprend au fur et à mesure les signes du Makaton que les enfants utilisent régulièrement. Elle n'a eu aucune

formation pendant son cursus scolaire alors de temps à autre, elle se sent un peu démunie car elle ne connaît pas beaucoup de signes et ne peut pas signer ce qu'elle voudrait aux enfants. Quand elle est confrontée à d'autres outils qu'elle ne connaît pas, elle essaye d'apprendre à les utiliser.

2.4 Quatrième entretien : Madame A.

L'entretien s'est déroulé en visioconférence sur la plateforme Zoom. L'échange était fluide, quelques coupures très brèves de son ont eu lieu ce qui coupait la parole de l'interlocuteur perturbant légèrement la compréhension du mot ou de la phrase.

Madame A est diplômée de masso-kinésithérapie depuis 2015 en Espagne. Elle a effectué plusieurs formations dans le domaine de la pédiatrie. Elle a obtenu un DU (Diplôme Universitaire) en kinésithérapie pédiatrique en 2016. Elle est formée au drainage autogène. Cette année, elle effectue une formation sur les Niveaux d'Evolution Motrice (NEM) de niveau 1.

En avril 2016, elle est arrivée en France et a commencé à travailler dans un SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile) pendant une année et ensuite elle a commencé à travailler dans un centre de rééducation pédiatrique, dans un SSR où elle exerce toujours. Pour Madame A, la communication a un rôle essentiel dans la prise en charge kinésithérapique. En tant que kinésithérapeute, il est important de connaître les besoins de l'enfant, ce qu'il ressent, de pouvoir le laisser s'exprimer.

Ainsi, lorsqu'un enfant présente des troubles de la communication, ça peut présenter un frein à la prise en charge kinésithérapique parce qu'il ne peut pas s'exprimer complètement. Le kinésithérapeute n'a pas toutes les informations importantes du patient, ce qu'il ressent, ce qu'il a envie de faire, s'il est douloureux et le manque de ces informations peut mettre en difficulté la prise en charge.

Madame A utilise plusieurs outils de communication. L'outil choisit va dépendre de l'enfant, il faut s'adapter à chaque enfant. Il y a les pictogrammes, elle pointe du doigt un ou

deux pictogrammes pour savoir si l'enfant est douloureux par exemple. Pour cela, elle montre des visages content ou pas content ainsi que les différentes parties du corps. Elle a rencontré une patiente qui utilisait le haussement des sourcils pour communiquer mais l'état de l'enfant peut aussi influencer sa communication. Il y avait aussi un enfant qui serrait la main de la personne pour dire oui car il était très limité cognitivement mais il avait la capacité de préhension.

Lorsqu'un enfant présente des troubles cognitifs, la communication peut ne pas toujours être fiable. Dans ce cas, la mise en place d'un outil peut s'avérer plus difficile.

Il y a aussi l'outil de communication par commande oculaire.

Dans la structure de Madame A, c'est l'ergothérapeute qui s'occupe de la mise en place des outils de communication. Il n'y a plus d'orthophonistes dans le service alors c'est l'ergothérapeute qui a pris ce rôle. L'ergothérapeute est peu présente mais si le kinésithérapeute a besoin de conseil, de comprendre comment fonctionne l'outil pour pouvoir l'utiliser, l'ergothérapeute lui explique.

Au cours de ses séances, Madame A utilise les pictogrammes car « *c'est quelque chose de facile* ».

L'utilisation de ces outils n'est pas ritualisée, elle essaie de les utiliser le plus possible notamment pour les demandes essentielles comme l'envie d'aller aux toilettes, la douleur, ... Cependant, elle trouve que l'utilisation de ces outils reste partielle mais il est important quand même de les utiliser pour pouvoir communiquer avec l'enfant.

Elle utilise aussi les communications qui sont propres à chaque enfant comme le haussement de sourcil ou serrer la main. Pour les outils qui sont plus complexes comme la commande oculaire, l'utilisation est plus difficile car ça demande un temps d'installation important. De plus, si l'enfant change de position, il faut à nouveau régler l'outil et ça prend énormément de temps sur une séance.

Pour Madame A, les pictogrammes sont une aide dans la prise en charge mais des outils plus complexes comme la commande oculaire peuvent être une contrainte notamment pour le temps d'installation nécessaire.

Madame A ne se sent pas à l'aise avec l'utilisation de ces outils. Elle n'a jamais eu de cours durant ses études, ce sont des notions qui n'ont pas été abordées durant les formations qu'elle a pu faire par la suite.

2.5 Cinquième entretien : Madame T.

L'entretien s'est déroulé en présentiel, dans le bureau des kinésithérapeutes. Ainsi, il y eu des bruits environnants, un peu de passage mais cela n'a pas troublé l'entretien.

Madame T est masseur-kinésithérapeute depuis 2015, elle a été diplômée en Espagne. Elle a effectué un master en thérapie manuelle en Espagne. Ensuite, elle a suivi un DU de kinésithérapie pédiatrique en 2018. En 2021, elle a fait une formation sur l'uro-gynécologie chez l'enfant. En ce moment, elle effectue un DU sur la paralysie cérébrale et une licence en psychologie.

A son arrivée en France en 2016, Madame T a travaillé un mois et demi dans une clinique privée auprès d'adulte. Depuis septembre 2016, elle travaille dans un institut d'éducation motrice.

Pour Madame T, la communication a un rôle important dans la prise en charge kinésithérapique car il est nécessaire de savoir ce qu'on peut faire avec l'enfant. Il est essentiel d'avoir des informations sur l'enfant, ce qu'il ressent pour mener à bien une séance.

Au début, les troubles de la communication d'un enfant peuvent être un frein à la prise en charge, « *ça peut faire peur* ». Il faut un peu de temps pour connaître un enfant et savoir comment il fonctionne, quelles sont ses habitudes.

Les séances avec un enfant ayant des troubles de la communication sont différentes par rapport à celle avec un enfant qui n'a pas de troubles de la communication mais ce n'est pas plus difficile.

Madame T utilise dans un premier temps l'expression pour communiquer. Elle s'aide aussi des gestes, de la LSF mais surtout, elle utilise beaucoup les pictogrammes.

Ces différents outils permettent d'expliquer à l'enfant le déroulement de la séance. Madame T utilise beaucoup ces outils au cours de ses séances. Ils ont plusieurs utilités. Ils servent à la fois pour les enfants qui ont des problèmes de communication mais aussi les enfants qui ont des troubles du comportement. Ça permet d'éviter la frustration. Ces outils sont une aide pour les prises en charge.

Ainsi, Madame T trouve qu'elle n'utilise pas assez les outils, qu'elle pourrait les utiliser encore plus. Elle les utilise surtout pour les cas complexes.

Mettre en place un système avec des pictogrammes demande beaucoup de temps.

Madame T se sent à l'aise avec l'utilisation des différents outils de communication. Elle a l'impression qu'elle pourrait être un peu plus formée mais elle a suivi une formation sur l'utilisation des outils de la communication alternative augmentée.

3. Analyse transversale

Tableau 2 : Thèmes abordés par les professionnels

		Mme L	Mme S	Mme U	Mme A	Mme T
Troubles de la communication	Empêche d'avoir des informations			X	X	X
	Rend difficile la prise en charge			X	X	Différent
Les outils de communication	Les différents outils		X	X	X	X
	La mise en place des outils	X	X	X	X	
	L'utilisation des outils au cours des séances	X		X	X	X
	La formation à l'utilisation des outils	X		X	X	X

3.1 Les troubles de la communication

La communication comprend plusieurs paramètres. Tout d'abord, il y a un émetteur et un récepteur. Dans le cas où l'émetteur est le kinésithérapeute, il va vouloir transmettre une information au récepteur, l'enfant. Mais ici, l'enfant présente des troubles de la communication.

Dans le langage, il y a deux facettes, la réception et la production. Lorsqu'un enfant présente des troubles de la communication, il peut présenter des troubles de la réception, de la production ou bien les deux. Dans ce cas, l'enfant peut ne pas comprendre ce que l'émetteur dit ou il a des difficultés à répondre verbalement à son interlocuteur.

Pour Madame A tout comme pour Madame T, ces troubles de la communication empêchent l'enfant de pouvoir s'exprimer, de savoir ce qu'il ressent alors que « *c'est quelque chose d'essentiel* » pour Madame A. Pour Madame U, il est important de connaître l'enfant, de « *savoir ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas* ». Pour Madame T, il est important d'avoir « *tous ses ressentis* ».

Lorsqu'un enfant ne peut pas communiquer, il ne peut pas exprimer ce qu'il ressent et notamment nous dire s'il a mal.

Pour Madame U, quand elle pense aux troubles de la communication chez un enfant, il lui vient tout de suite à l'esprit la douleur. La communication est importante pour que l'enfant puisse exprimer sa douleur s'il y en a une.

Madame A aborde le fait qu'il est important de savoir si l'enfant a des douleurs et que dans ce cas, il ne peut pas nous les exprimer.

La communication est un élément important dans les prises en charges kinésithérapiques. En effet, c'est une compétence que nous devons acquérir au fil de notre formation initiale.

Ainsi, nous avons besoin de pouvoir échanger avec nos patients.

Madame A et Madame U ont l'impression qu'avec les enfants qui ont des troubles de la communication, leur prise en charge peut être difficile. Notamment pour les enfants polyhandicapés selon Madame U. Quand ce sont des enfants qui viennent pour la première fois,

on ne les connaît pas et on ne sait pas quels sont leurs moyens de communiquer. Ainsi, il est possible de ne pas avoir des éléments importants pour la prise en charge et « *ne pas repérer une situation qui pour l'enfant est inconfortable* ».

Madame T trouve que les séances avec les enfants qui ont des troubles de la communication ne sont pas plus difficiles mais différentes. Au début d'une prise en charge avec un nouvel enfant, il faut comprendre comment on peut entrer en communication avec lui mais après, une fois que l'on a compris, ça devient plus simple.

3.2 Les outils de communication

Dans la communication alternative augmentée, il existe différents outils.

Madame S qui est orthophoniste a pu m'en citer quelques-uns, notamment ceux qu'elle utilise le plus. Il y a les applications pour smartphone ou tablette, les logiciels sur ordinateur, les synthèses vocales, les pictogrammes ou encore la LSF. Pour les applications pour smartphone, il en existe de nombreuses. Elles sont choisies en fonction des capacités et des besoins de l'enfant. Certaines applications sont déjà faites, c'est-à-dire qu'il y a déjà un certain nombre de mots, d'images, elles sont prêtes à l'utilisation immédiatement comme Avaz. Ainsi, l'enfant peut l'utiliser immédiatement après l'avoir téléchargé mais l'enfant peut se retrouver un peu perdu car il y a beaucoup de mots, et certains dont il n'a pas l'utilité. Il existe aussi des applications qui sont à créer du début à la fin comme JABtalk. C'est une personne qui va devoir prendre des photos, insérer des images, mettre des mots pour créer le registre de l'enfant. Cela nécessite énormément de temps et il faut l'alimenter régulièrement. Les outils évoluent rapidement, notamment les applications.

En tant que masseur-kinésithérapeute, la connaissance des outils de communication est plus restreinte. Pour Madame A et Madame U, les outils qu'elles connaissent repose sur le fait que ce sont des outils qui sont en mis en place dans leur centre respectif et donc qu'elles utilisent au cours de leur séance.

Madame A connaît principalement les pictogrammes, elle a aussi quelques notions sur la communication avec commande oculaire. Madame U présente des notions sur le Makaton,

notamment sur la partie « signe » du Makaton et sinon elle connaît quelque peu les pictogrammes et elle a déjà vu une commande oculaire.

Quant à Madame T, elle connaît les outils de la communication alternative augmentée mais elle s'axe principalement sur les pictogrammes et sur la LSF.

Quand un enfant rencontre des difficultés de communication, il peut être décidé d'instaurer un moyen de communication. Pour cela, ce sont les orthophonistes et les ergothérapeutes qui vont s'en charger. Dans les structures où ces deux professionnels de santé sont présents, ils vont travailler en collaboration. Quand il n'y a pas d'orthophoniste, c'est l'ergothérapeute qui va s'occuper des outils de communication.

Madame S a l'habitude de travailler en équipe avec les ergothérapeutes ainsi que sa collègue orthophoniste.

Madame L qui est ergothérapeute a déjà dû s'occuper de mettre en place des outils de communication car il n'y avait pas d'orthophoniste dans son précédent centre. Maintenant, elle travaille en collaboration avec les orthophonistes pour choisir l'outil adapté et notamment savoir s'il sera accessible pour l'enfant d'un point de vue physique et moteur et instaurer des adaptations si elles se révèlent nécessaires.

Lorsque Madame S veut instaurer un outil de communication, la première chose qu'elle fait, c'est faire passer un bilan à l'enfant pour connaître ses capacités, ses besoins, savoir s'il est lecteur ou non, ... Ce bilan déterminera l'outil le plus adapté à l'enfant.

Comme Madame S, Madame L va aussi effectuer un bilan mais pour connaître les possibilités motrices de l'enfant. Sa capacité motrice va être un élément important dans l'utilisation des outils de communication. Selon ses capacités, il ne pourra pas être en mesure d'utiliser n'importe quel outil de communication.

Madame L trouve que ce n'est pas simple de mettre en place un outil « *Ça dépend vraiment des capacités de l'enfant, de sa motivation surtout* ». C'est vraiment dépendant de l'enfant. De plus, certains outils ne sont pas faciles à instaurer comme les logiciels ou les tablettes. Il faut être habitué à les mettre en place et à les utiliser ce qui n'est pas forcément le cas du personnel ou de la famille.

Madame L et Madame S se rejoignent sur le fait que la motivation est élément essentiel pour instaurer un outil de communication. Si l'enfant n'est pas motivé ou qu'il ne veut pas, il ne faut pas insister car dans ce cas l'outil ne sera pas utilisé. Il faut que l'enfant ressente une gêne, qu'il ait un réel besoin pour que la mise en place de l'outil fonctionne.

Les masseur-kinésithérapeutes n'ont pas de réel rôle à jouer dans la mise en place des outils de communication mais Madame A et Madame U s'accordent pour dire qu'elles collaborent avec l'orthophoniste ou l'ergothérapeute pour savoir quels outils ils ont mis en place pour l'enfant, comment l'enfant l'utilise et comment l'utiliser au mieux pendant leur séance.

Madame L, Madame A, Madame U et Madame T se rejoignent sur le fait que la communication alternative augmentée est une aide pour la prise en charge des enfants qui ont des troubles de la communication.

Madame L utilise le plus possible les outils de communication. Elle va solliciter l'enfant pour qu'il l'utilise dans ses séances à travers différentes activités, en passant par le jeu.

Madame A va principalement utiliser les pictogrammes car « *c'est quelque chose de facile* ». Elle les utilise le plus possible à n'importe quel moment de la séance notamment pour savoir comment va l'enfant, s'il a besoin d'exprimer quelque chose. Cependant, elle a l'impression de ne pas les utiliser assez, de s'en servir quand vraiment elle a besoin de savoir quelque chose de précis sur l'enfant. Elle a aussi recours à la commande oculaire car un de ses patients l'utilise. Mais, elle trouve que l'utilisation n'est pas facile car quand l'enfant change de position, il faut que la commande oculaire suive et ça prend énormément de temps à l'installer.

Pour Madame U, c'est plutôt le Makaton qu'elle utilise notamment le langage des signes. Ça lui permet de donner des consignes, de rassurer l'enfant, de comprendre ce qu'il veut et ainsi d'éviter la frustration par exemple. Elle va surtout s'adapter à l'enfant, en fonction de ses besoins, de sa façon d'être, elle va utiliser plus ou moins les signes. Le « *Bonjour* » et « *Au revoir* » en langue des signes sont systématiques lors de ses séances mais sinon, elle n'a pas de rituel, c'est dépendant de l'enfant.

Tout comme Madame A, Madame T utilise beaucoup les pictogrammes mais aussi un peu la LSF. Cela lui permet d'expliquer à l'enfant quel sera le déroulé de la séance, comment elle va se passer. Elle utilise beaucoup les pictogrammes car ce n'est pas utile simplement pour les enfants qui ont des troubles de la communication, elle s'en sert aussi pour les enfants qui ont des troubles du comportement. Elle rejoint l'idée de Madame U, sur le fait que ça évite la frustration chez l'enfant.

Madame T a la sensation de ne pas utiliser assez les outils, elle les utilise surtout pour « *les cas complexes* ». Sa sous-utilisation est dû au fait que fabriquer les pictogrammes prend beaucoup de temps.

Lors de l'entretien avec Madame S, nous n'avons pas abordé son sentiment d'être à l'aise ou pas avec la communication alternative augmentée car en tant qu'orthophoniste cela fait partie de ses apprentissages pendant son cursus pour devenir orthophoniste.

Madame L, tout comme Madame A et Madame U, m'a fait part de son impression de ne pas être assez formée à ces différents moyens de communication. Toutes les trois n'ont pas eu de cours durant leurs études. Pour pallier à ces difficultés, Madame L s'est documentée, elle a fait des recherches sur les outils qu'elle ne connaissait pas, elle les utilisait pour comprendre comment il fonctionnait et être capable de les utiliser avec les enfants.

Madame A s'oriente vers ses collègues ergothérapeutes quand elle présente des difficultés avec un outil pour en savoir plus et l'utiliser après avec l'enfant.

Madame U qui utilise le Makaton ne le connaissait pas avant de travailler dans ce centre. Elle a « *appris sur le terrain* » mais elle ne connaît pas encore tous les signes. Elle aimerait pouvoir dire plus de choses aux enfants ou être en capacité de comprendre tout ce qu'ils signent. Pour les autres moyens de communication, elle apprend à les utiliser quand un enfant arrive avec, « *on s'adapte par rapport à l'enfant* ».

Madame T a un avis différent, elle se sent à l'aise avec les différents outils de communication. Pour elle, lors de la première séance, ça peut être un peu compliqué, ça peut faire peur mais

après on arrive à appréhender l'outil. Elle se sent assez formée car elle a suivi une formation sur la communication alternative augmentée, mais elle « *pourrait l'être un peu plus* ».

VI. Discussion

1. Interprétation des résultats

1.1 Les troubles de la communication

a. Empêche d'avoir des informations

Toute prise en charge pour un kinésithérapeute commence par un bilan. Nous devons effectuer un bilan avant de commencer les séances de rééducation. Dans ce bilan, nous commençons en général à poser des questions au patient. Tout d'abord, nous débutons par poser des questions générales (âge, profession, loisirs, antécédents, ...). Avec les enfants, nous pouvons avoir ces informations grâce aux parents ou aux proches. Ensuite, nous avons besoin de savoir comment la personne se sent, si elle est douloureuse, pourquoi elle vient, ... Ces informations, seul l'enfant peut nous les délivrer.

Ainsi, quand un enfant présente des troubles de la communication, il peut présenter des troubles de la compréhension de l'information venant de la personne qui émet le message ou il peut présenter des troubles de l'expression et avoir des difficultés à s'exprimer verbalement. Il peut aussi présenter ces deux troubles. Si un enfant ne comprend pas ce qu'on lui exprime, il ne pourra pas répondre à notre question et s'il n'arrive pas à s'exprimer verbalement, il ne réussira pas à exprimer ce qu'il veut. C'est ce que Madame A, Madame U et Madame T ont pu observer. Les troubles de la communication de l'enfant vont nous empêcher de savoir comment il va, s'il est douloureux, ... Alors que c'est important pour les kinésithérapeutes de savoir ce que l'enfant ressent. Pour Madame A, « *C'est quelque chose d'essentiel* ».

b. Difficultés dans la prise en charge

Ces troubles de la communication peuvent amener des difficultés dans la prise en charge kinésithérapique de l'enfant.

C'est ce qu'on put ressentir Madame A et Madame T dans leur parcours professionnels.

Pour Madame A, lorsqu'un enfant ne réussit pas à dire ce qu'il veut, il est difficile d'avoir toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient et ça rend la prise en charge plus difficile. « *L'enfant peut pas s'exprimer complètement s'il n'a pas une communication verbale classique et j'ai l'impression que on a pas toutes les infos du patient de qu'est-ce qu'il veut, qu'est-ce qu'il ressent, qu'est-ce qu'il a envie de faire, qu'est ce qu'il voudrait pas faire, s'il a mal. On n'a pas toutes ces infos et ça met en difficulté notre prise en charge, bien sûr* ».

Pour Madame U, le point le plus important, c'est la douleur. Ne pas savoir si l'enfant est douloureux est problématique car « *on peut faire facilement des erreurs et ne pas repérer une situation qui pour l'enfant est inconfortable* ».

En effet, il est important d'évaluer la douleur au début de la séance et à la fin pour pouvoir ajuster notre prise en charge. Si l'enfant est douloureux au début de la séance, nous opterons pour des exercices qui n'exacerberont pas sa douleur, nous pouvons nous demander aussi si nos séances précédentes n'ont pas été trop intenses et l'évaluation finale permet de savoir si les exercices n'ont pas augmenté sa douleur.

C'est un point très important pour progresser dans le processus de rééducation.

Pour Madame T, ce sont plutôt des prises en charge différentes. Au début, ça peut être un compliqué de prendre en charge des enfants avec des troubles de la communication. Il faut « *comprendre comment on peut les aborder* ».

1.2 Les outils de communications

a. Les différents outils

La communication alternative augmentée regroupe différents outils classés en plusieurs catégories : sans aide technique et avec aide technique.

Les outils qualifiés sans aide technique ne nécessitent pas de matériel tel que la LSF, le langage du corps, l'épellation des lettres par la personne, ...

Les outils de communication avec aide technique impliquent du matériel technologique ou non. Les aides techniques non technologiques peuvent aller de la simple feuille de papier et un stylo, aux pictogrammes en passant par le tableau alphabétique.

Les systèmes avec aide technologique englobent les contacteurs-enregistreurs, les logiciels sur tablette ou ordinateur désignant des pictogrammes ou pour une synthèse vocale ou encore avec une commande oculaire. [16]

Les kinésithérapeutes interrogés connaissent très peu d'outils de communication. La connaissance des différents outils repose sur l'expérience personnelle : les stages, la pratique professionnelle ou les recherches personnelles.

Pour Madame A et Madame U, les quelques outils qu'elles connaissent sont des outils qu'elles ont découvert au cours de leur exercice professionnel. Ce sont des outils qui sont utilisés dans leur centre de rééducation donc qu'elles utilisent avec les enfants qu'elles prennent en charge. Madame A utilise principalement les pictogrammes, elle a pu aussi me parler un peu de la commande oculaire.

Madame U, elle, utilise le Makaton, notamment les « signes » du Makaton. Elle a quelques notions sur les pictogrammes ainsi que la commande oculaire.

Madame T connaît la notion de communication alternative augmentée mais elle utilise principalement les pictogrammes et la LSF.

Sur trois kinésithérapeutes, nous pouvons constater que les outils de communication qu'elles connaissent sont tous différents. Cela montre que la connaissance des outils est vraiment dépendant de l'expérience de chacun.

Lors des entretiens, c'est Madame S, qui est orthophoniste, qui a principalement décrit les différents outils de communication. Ce sont les outils qu'elle utilise le plus dans sa pratique professionnelle. Il y a les applications pour smartphone ou tablette, les logiciels sur ordinateur, les synthèses vocales, les pictogrammes ou encore la LSF.

Nous pouvons retrouver des outils connus des kinésithérapeutes qui sont donc utilisés dans leur prise en charge.

b. Formation à l'utilisation des outils

Les kinésithérapeutes connaissent peu, voire pas du tout la communication alternative augmentée et donc les différents outils de communication car ce sont des notions qui ne sont pas abordées durant le parcours scolaire.

C'est le constat fait par Madame A et Madame U, elles n'ont jamais eu de cours sur les outils de communication et même au sein de leur structure, des formations ne sont pas dispensées.

Il est donc indispensable de se former par soi-même, c'est-à-dire d'aller voir des collègues qui ont plus de connaissances sur le sujet comme les orthophonistes ou les ergothérapeutes ou de faire des recherches sur les outils pour savoir comment ils fonctionnent et comment les utiliser. Il est possible de trouver quelques formations sur la communication alternative augmentée mais ce sont des formations destinées aux orthophonistes. Nous pouvons donc penser que cela serait très pointu pour un masseur-kinésithérapeute.

Cela peut apporter des difficultés lors des séances de rééducation si le thérapeute ne connaît pas le fonctionnement de l'outil et donc ne peut pas communiquer avec l'enfant.

Madame U se « *sent un peu démunie des fois* ».

Madame T a une expérience différente car elle a pu assister à une formation sur la communication alternative augmentée sur son lieu de travail. Ainsi, elle se sent à l'aise avec l'utilisation des outils. Pour elle, c'est principalement lors de la première séance que ça peut être un peu compliqué. Cependant, elle trouve qu'être encore un peu plus formé pourrait être bénéfique.

Nous avons pu constater que les kinésithérapeutes sont rarement formés à la communication alternative augmentée mais ce ne sont pas les seuls. Les ergothérapeutes sont aussi très peu formés alors qu'ils ont un rôle essentiel dans la mise en place et l'utilisation des outils de communication.

Tout comme Madame A et Madame U, Madame L n'a pas eu de cours sur les outils de communication durant son parcours scolaire. Elle a dû se former seule, en faisant des recherches, en allant voir les différents outils, en les utilisant pour savoir s'en servir et après pouvoir les utiliser avec les enfants.

Il est important pour l'ergothérapeute de connaître les différents outils de communication car dans certaines situations, il peut être la personne en charge des différents outils de communication.

c. Mise en place des outils

En général, c'est l'orthophoniste qui est responsable de mettre les outils de communication en place. Que ce soit pour un enfant ou pour rendre accessible à tous une signalétique par exemple. Cependant, dans les structures où il n'y a pas d'orthophoniste, c'est l'ergothérapeute qui va endosser ce rôle.

L'orthophoniste travaille régulièrement en collaboration avec l'ergothérapeute pour instaurer un outil de communication chez un enfant qui présente des troubles de la communication et donc qui en a besoin.

Le travail en collaboration permet d'associer des savoirs et des compétences différentes. L'orthophoniste va apporter ses connaissances sur les différents outils de communication, celui qui semble le plus adapté d'un point de vue orthophonique à l'enfant mais l'ergothérapeute, lui, va pouvoir donner son point de vue sur les capacités motrices de l'enfant, ses possibilités à pouvoir utiliser l'outil ou pas.

C'est ainsi que fonctionne Madame S et Madame L. Chacune collabore avec l'autre professionnel pour mettre en place l'outil de communication le plus adapté aux besoins et aux capacités de l'enfant.

Pour Madame L, mettre en place un outil de communication n'est pas facile. Certains outils demandent une technique particulière, requiert une expérience pour les instaurer comme les logiciels ou les tablettes. Ainsi, il faut avoir l'habitude pour les mettre en place ou les utiliser, ce qui n'est pas le cas de tout le personnel ou encore de la famille.

En effet, les kinésithérapeutes n'ont pas l'habitude de ces différents outils. Ainsi, leur rôle à jouer dans la mise en place des outils de communication est faible. Ils peuvent être consulté par l'orthophoniste pour connaître les capacités motrices de l'enfant et notamment savoir s'il réussira à utiliser l'outil de communication prévu.

Sinon, pour Madame A et Madame U, c'est plutôt le kinésithérapeute qui va aller vers l'orthophoniste ou l'ergothérapeute pour savoir quel outil a été mis en place pour l'enfant, comment il l'utilise, ...

Pour Madame U, quand elle voit qu'un enfant a des troubles de la communication mais qu'il n'a pas d'outil de communication, elle va avertir l'orthophoniste pour savoir ce qui a déjà été mis en place, si c'est le cas, et comment l'utiliser au cours de ses séances de rééducation.

d. Utilisation des outils

Quand des outils de communication sont mis en place, il est important de les utiliser car c'est une aide pour la prise en charge des enfants qui ont des troubles de la communication. Madame L, Madame A, Madame U et Madame T se rejoignent toutes les quatre sur ce point.

Malgré les connaissances assez faibles que peuvent présenter certains professionnels sur les outils de communication, il est important d'utiliser ce que l'on sait sur le sujet pour l'utiliser avec les enfants.

C'est le cas de Madame L, Madame A et Madame U, elles essaient d'utiliser le plus possible les outils de communication qu'elles connaissent avec les enfants lors des séances de rééducation.

Cela va permettre d'avoir quelques informations sur l'enfant, notamment les plus importantes pour la rééducation, comment il va, est-ce qu'il est douloureux, ...

Madame L va utiliser les outils de communication à travers différentes activités, notamment en passant par le jeu lors de ses séances de rééducation.

Madame A va surtout utiliser les pictogrammes car c'est facile à utiliser pendant les séances. Elle les utilise à n'importe quel moment de la séance notamment pour savoir si l'enfant a un besoin particulier.

Madame T va aussi beaucoup utiliser les pictogrammes mais aussi un peu la LSF.

Madame U va principalement se servir de l'outil qu'elle maîtrise, le Makaton, notamment avec le langage des signes.

L'utilisation des outils de communication a plusieurs intérêts. Pour Madame A, Madame U et Madame T, ils permettent de donner des consignes, de rassurer l'enfant. Mais pour Madame U et Madame A les outils de communication ont aussi vocation à éviter la frustration chez l'enfant.

Ainsi, les outils de communication n'ont pas un seul but et ne sont pas seulement réservés aux enfants qui ont des troubles de la communication. Par exemple, Madame T s'en sert pour expliquer le déroulé de la séance. Et ils peuvent être utilisés auprès d'enfants qui ont des troubles du comportement, notamment pour éviter qu'ils se dispersent.

Dans certains cas, il peut être intéressant d'avoir un rituel dans l'utilisation des moyens de communication, par exemple pour les enfants qui ont des troubles du comportement comme le fait Madame T.

Sinon, il paraît intéressant d'utiliser les outils de communication quand il est nécessaire. C'est ce que font Madame A et Madame T, elles n'ont pas de rituel, elles les utilisent pendant les séances, « *c'est dépendant de l'enfant* » selon Madame U.

Cependant, Madame U, utilise le signe du « *Bonjour* » et « *Au revoir* » à chaque séance.

Les professionnels essaient d'utiliser les outils de communication au maximum mais avec du recul, ils se rendent compte qu'ils ne les utilisent pas assez. C'est le cas de Madame A et Madame T. Pour Madame A, « *ça reste ponctuel* » et pour Madame T, elle les utilise principalement dans certains cas, « *je pense que je pourrais les utiliser encore plus mais c'est vrai que je les utilise pour les cas un peu complexe* ».

Nous pouvons remarquer que les thérapeutes utilisent principalement les outils qu'ils connaissent lors des séances de rééducation. De plus, il faut que l'outil soit assez simple d'utilisation et d'installation car c'est une aide pendant les séances de rééducation mais son utilisation ne doit pas empiéter sur le temps de rééducation et ainsi le réduire.

De plus, le fait d'avoir un manque de connaissances sur les différents outils de communication pourrait peut-être avoir un impact sur l'utilisation et notamment sur le fait de ne pas les utiliser assez.

2. Qualité méthodologique de l'étude

L'aspect qualitatif de la méthode par entretien a pour avantage de permettre de voir le ressenti de la personne, les aspects de la communication non-verbale avec l'intonation de la voix, les expressions faciales, la gestuelle, ...

Le guide d'entretien a pour but d'uniformiser les entretiens mais même avec cet outil, nous ne pouvons pas considérer que les entretiens sont totalement reproductibles comme peut l'être un questionnaire. Cependant, l'entretien nous permet de relancer la personne interrogée, de compléter ou de reformuler une question si elle n'a pas été comprise.

Les entretiens d'explicitations peuvent évoquer certaines limites. Réaliser ce type d'entretien demande une certaine technique, il y a des façons de procéder propre à l'entretien d'explicitation. Ainsi, il est nécessaire de beaucoup s'exercer pour pouvoir le maîtriser, selon Pierre Vermersh. [29]

Dans le cadre de ce mémoire, peu d'entretiens ont été réalisés. Pour certains corps de métiers, une seule personne a été interrogée. Ainsi, nous avons un échantillon assez réduit de personnes interrogées, ce qui peut être un biais de constitution de l'échantillon.

Toujours en rapport avec la population interrogée, nous pouvons présumer qu'il pourrait y avoir un biais de sélection. Seules les personnes connaissant la communication alternative augmentée ont accepté de répondre à notre demande et de participer à un entretien.

3. Synthèse des résultats et vérification des hypothèses

Pour répondre à la question de recherche, trois hypothèses avaient été formulées : « Les difficultés de communication entravent la rééducation en kinésithérapie pédiatrique », « Un moyen de Communication Alternative Augmentée quel qu'il soit, est bénéfique pour communiquer avec les enfants ayant des troubles de la communication » et « Les masseurs-kinésithérapeutes sont à l'aise avec l'utilisation des différents supports de Communication Alternative Augmentée ».

Tout d'abord, les kinésithérapeutes interrogés s'accordaient pour dire que la communication est un élément important dans la prise en charge kinésithérapique. Il est nécessaire de savoir comment va l'enfant, ses besoins, ses envies, et surtout s'il présente des douleurs. Ainsi, lorsque nous n'avons pas ces informations, notre prise en charge ne va pas être optimale et nous pouvons passer à côté d'éléments importants et ne pas repérer une situation qui est inconfortable pour l'enfant. Ainsi, nous pouvons conclure que les troubles de la communication chez un enfant peuvent rendre la prise en charge kinésithérapique plus difficile.

Pour pallier à ces troubles de la communication, il peut être mis en place des outils de communication. C'est un orthophoniste ou un ergothérapeute qui va lancer le processus de mise en place d'un outil de communication pour un enfant qui en présente le besoin. Le kinésithérapeute n'a pas de rôle à proprement dit dans la mise en place de l'outil mais il va lui être utile pour les séances de rééducation. En effet, les kinésithérapeutes interrogés trouvent que les outils de communication sont une aide à la prise en charge kinésithérapique, ça permet de connaître les besoins essentiels de l'enfant. Cependant, certains outils sont plus simples à utiliser que d'autres et ainsi répondent plus facilement aux besoins de la kinésithérapie. Ce sont les outils sans aide externe ou de basses technologies qui sont les plus connus des kinésithérapeutes et donc les plus utilisés avec les enfants lors des prises en charges.

Les kinésithérapeutes rencontrés avaient une connaissance restreinte des outils de communication. Aucun cours ne leur a été enseigné durant leur parcours de formation pour devenir masseur-kinésithérapeute. Seulement une kinésithérapeute avait des connaissances sur la communication alternative augmentée car elle avait suivi une formation dans son

établissement d'exercice. Ainsi, pour les deux autres kinésithérapeutes, ce qu'elles savaient des outils de communication reposaient sur leur expérience professionnelle. Les outils qu'elles utilisent dans la prise en charge d'enfant ayant des troubles de la communication sont des outils qui sont utilisés dans leur lieu d'exercice. Elles ont appris à les utiliser au fil du temps, grâce aux conseils de leurs collègues orthophonistes et ergothérapeutes et grâce à des recherches personnelles. Ainsi, elles s'accordent pour dire qu'elles ne se sentent pas à l'aise avec l'utilisation des outils de communication.

4. Limites de l'exploration et pistes de recherche

La méthode employée dans cette étude peut présenter des limites.

Tout d'abord, il y a la population, qui est restreinte, seulement cinq personnes ont été interrogées. Ce n'est pas représentatif de la population générale, c'est un échantillon qui est trop faible. De plus, nous pouvons penser que les personnes ont accepté d'être interrogées car elles avaient des connaissances sur le sujet.

Ensuite, la technique d'entretien qui a été choisie est l'entretien d'explication semi-directif. Pour mener à bien ce type d'entretien, il faut des années d'expérience et de pratique. Ainsi, avec ces travaux de recherche, c'est la première fois que nous avons été confrontés à la réalisation d'entretien d'explicitation. Notre inexpérience face à cette méthodologie a pu entraîner des répercussions. La relance des personnes interrogées n'a peut-être pas été faite au moment le plus opportun. Le choix des questions n'était peut-être pas le plus adapté pour répondre à notre question de recherche. De plus, certaines questions pouvaient être trop fermées et ne pas laisser assez de possibilité à l'interlocuteur pour parler de son expérience. [30]

De plus, nous étions le seul chercheur à travailler sur ce mémoire et donc ensuite, à coder les données. Pour ce type de travail, il faudrait être plusieurs pour avoir des points de vue différents et ainsi augmenter la fiabilité. [30]

La méthodologie par entretien a un aspect subjectif qui est moins présent dans l'enquête quantitative. Mais cette méthode permet d'avoir des détails, d'analyser des discours, d'avoir le point de vue des participants, ce qui n'est pas possible avec la méthodologie par questionnaire par exemple.

Avec la méthodologie par entretien, il aurait été intéressant d'y ajouter des observations. Pour cela, effectuer un film d'une prise en charge kinésithérapique avec un enfant ayant des troubles de la communication aurait pu être judicieux. Ça aurait permis d'avoir une deuxième méthode de collecte d'informations et de voir comment le kinésithérapeute agit avec un enfant ayant des troubles de la communication surtout sur le versant non-verbal.

Les entretiens d'explicitation ont permis d'avoir une première représentation de la communication alternative augmentée dans les prises en charges kinésithérapiques chez les enfants ayant des troubles de la communication. Cela a permis d'avoir des informations car la littérature est pauvre sur ce sujet. Ainsi, comme nous avons déjà obtenu des renseignements sur ce sujet avec les entretiens, il pourrait être intéressant d'utiliser une méthodologie quantitative comme le questionnaire pour pouvoir toucher un échantillon de population plus grand qu'avec la méthodologie par entretien et ainsi avoir quelque chose de plus représentatif.

5. Perspectives professionnelles

Ce travail sur l'utilisation de la communication alternative augmentée chez les enfants ayant des troubles de la communication dans la prise en charge kinésithérapique a permis de montrer qu'il y avait un réel intérêt à utiliser ce moyen de communication.

Comme l'a montré ces travaux, en tant que kinésithérapeute nous ne sommes pas formé à l'utilisation de ces outils, ils sont donc peu utilisés. Il serait donc recommandé de suivre une formation sur les différents outils de communication pour pouvoir s'en servir dans notre pratique professionnelle.

Il serait intéressant aussi de s'intéresser au langage non verbal, notamment pour les enfants qui n'auraient pas la possibilité d'avoir un outil de communication.

Selon Jacques Corraze, la communication non-verbale est définie comme un terme que l'on applique « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des orientations d'objets, à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est émise. » [31]

La communication non-verbale est constituée de plusieurs composantes :

- Les expressions faciales : Qui expriment les émotions.
- Le regard : Il permet de créer un lien affectif, de communiquer des émotions.
- Les gestes : Qui peuvent être un mouvement de la tête, de la face, du tronc, des bras et des mains ou des épaules mais qui ne sont pas à l'origine d'un changement de posture.
- Les postures
- La proxémique (la distance entre les individus) [32]

Il existe de nombreuses possibilités pour l'enfant afin de s'exprimer même s'il n'est pas en capacité d'utiliser la communication alternative augmentée.

Cependant, pour pouvoir comprendre l'enfant à travers ses gestes ou ses expressions faciales, il faut établir un partenariat avec les proches de l'enfant car en général, ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant et sont habitués à comprendre sa communication non-verbale.

Ainsi, en tant que kinésithérapeute, la communication non-verbale, ne demande aucun apprentissage, il faut simplement établir une relation avec les familles pour pouvoir ensuite communiquer avec l'enfant et prendre en compte ses besoins et ses volontés.

VII. Conclusion

Ce mémoire avait pour but de savoir si les kinésithérapeutes utilisaient les outils de communication alternative augmentée et si c'était le cas quel usage ils en faisaient.

Il a été mis en évidence que les thérapeutes utilisaient les différents outils de communication alternative augmentée mais leur utilisation était limitée. Ils utilisaient très peu les outils dans leur séance notamment car ils ont très peu de notion sur ces outils. C'est quelque chose qui n'est pas au programme dans le parcours scolaire, il faut donc avoir le temps et la volonté pour se former tout seul.

Avec ce constat, il serait intéressant de proposer aux Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de donner des cours ou au moins une initiation sur la communication alternative augmentée et les différents outils qu'elle comporte. Une orthophoniste pourrait endosser ce rôle et cela pourrait servir à beaucoup d'étudiants car la CAA a un intérêt dans tous les domaines, pas seulement en pédiatrie.

Face à ce manque de connaissance dans ce domaine, en tant que masseur-kinésithérapeute, si nous nous orientons dans une voie où nous serons confrontés à des personnes ayant des troubles de la communication, il semble intéressant de suivre une formation pour connaître les différents outils de communication ou de voir si l'établissement propose des initiations aux différents outils utilisés.

Les formations dispensées sur cette thématique sont souvent à destination des orthophonistes. Ainsi, les connaissances apportées peuvent être complexes et pas forcément adaptées pour les kinésithérapeutes.

Dans ce mémoire, la population concernée était les enfants donc le domaine de la pédiatrie mais la communication alternative augmentée ne s'adresse pas seulement aux enfants. En effet, la CAA peut être utilisée pour tous les types de population, enfants, adultes ou personnes âgées. Ainsi, il serait intéressant que des formations sur les différents outils de communication soient données pour les kinésithérapeutes car comme dit précédemment, elles

sont souvent à destination des orthophonistes. Cela pourrait intéresser de nombreux professionnels et les aider dans leur pratique.

VIII. Bibliographie

- [1] pédiatrie - LAROUSSE. (page consultée le 02/11/2021), [en ligne].
<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/p%C3%A9diatrie/15223>
- [2] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. 2015.
- [3] Ferland Francine. Le développement de l'enfant au quotidien: de 0 à 6 ans. Québec: Editions du CHU Sainte-Justine; 2018.
- [4] Bouchard Caroline. Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2008.
- [5] Forestier Michèle. De la naissance aux premiers pas. Toulouse: ERES; 2012.
- [6] Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute. (page consultée le 03/11/2021). (Articles L4321-1 à L4321-22) - Légifrance, [en ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171311/>
- [7] BouSSION L, DUMAS J-F, GATTO F, LIVAIN T, MAIGNIEN F, MATHIEU P, et al. Le référentiel du masseur-kinésithérapeute (MK) et du masseur-kinésithérapeute ostéopathe (MKO) 2012.
- [8] La formation en masso-kinésithérapie. (page consultée le 03/11/2021). FNEK, [en ligne].
<http://www.fnek.fr/les-etudes/la-formation-en-masso-kinesitherapie/> (accessed November 3, 2021).

- [9] Rall G, Yann LF, Morichon A, Achille-Fauveau S, Ballerini M, Boujard S, et al. Santé Publique. Sciences Humaines et Sociales. Formation et Professionnalisation. Elsevier Masson; 2021.
- [10] Richard Claude 19- psychologue. La communication professionnelle en santé. 2e édition. Montréal Toronto Paris [Etc: Pearson Éditions du Renouveau pédagogique Inc. ERPI; 2016.
- [11] Bioy Antoine. La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Rosny-Sous-Bois: Bréal; 2003.
- [12] First Michael B, Crocq M-AT, Moraru RMT. DSM-5 ®: diagnostics différentiels. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
- [13] O'Hare A, Bremner L. Management of developmental speech and language disorders: Part 1. Arch Dis Child 2016;101:272–7.
- [14] Plaza M. Le développement du langage oral. Contraste 2014;N° 39:99–118.
- [15] Memoire Online. (page consultée le 17/01/2022). La distraction aux urgences pédiatriques - Emilie FRERY. Memoire Online. [en ligne]. https://www.memoireonline.com/01/13/6688/m_La-distraction-aux-urgences-pediatriques.html
- [16] Cataix-Nègre Élisabeth. Communiquer autrement: accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage les communications alternatives. 2e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017.
- [17] Thibault C, Pitrou M. Troubles du langage et de la communication. 3e éd. Dunod; 2018.

- [18] Louise M. UE 6.5 S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche 2014:107.
- [19] Augmentative and Alternative Communication. (page consultée le 17/01/2022). American Speech-Language-Hearing Association. [en ligne]. <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/>
- [20] Séguillon D. Resumen. Staps 2002;58:21–34.
- [21] Corre GL. La représentation partitive du référent en Langue des Signes Française. Langage et société 2001;95:33–55.
- [22] Benoit H, Golaszewski M. La langue des signes, une langue vivante comme les autres ? La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation 2010;49:9–12.
- [23] GROS BOUTONS ENREGISTREURS x6. (page consultée le 6 mai 2022). HOPTOYS. [en ligne]. https://www.hoptoys.fr/contacteurs-contrôle-environnement/gros-boutons-enregistreurs-x6-p-4624.html?ajax=true&hook_0=displayTop%7C27&hook_1=displayTop%7C28&hook_2=displayTop%7C221&hook_3=displayProductButtons%7C104&results=49&search_query=contacteur
- [24] Truscelli Danièle. Comprendre la paralysie cérébrale et les troubles associés: évaluations et traitements. 2e édition. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017.
- [25] Stephen Hawking. (page consultée le 27 avril 2022). Wikipédia 2022. [en ligne]. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Stephen_Hawking&oldid=193077127

- [26] Le programme Makaton auprès d'un enfant porteur d'autisme : le cas de Julien. (page consultée le 10/10/2021). Cairn.info. [en ligne]. <https://www.cairn.info/revue-developpements-2009-3-page-15.htm> (accessed June 10, 2021).
- [27] Foreman, Crews. Using augmentative communication with infants and young children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice* 1998;5:16–25.
- [28] Une prise en charge d'enfants autistes à l'école publique. *Cahiers de PreAut* 2007;4:37–53.
- [29] Vieaux C. Verbalisation / Explicitation / Entretien d'explicitation. Comprendre et situer la « verbalisation » en arts plastiques au regard de l'explicitation. L'entretien d'explicitation de Pierre VERMERSCH : Un glossaire des termes de l'explicitation. (page consultée le 6 mai 2022). [en ligne]. https://ent2d.ac-bordeaux.fr/disciplines/arts-plastiques/wp-content/uploads/sites/26/2018/09/la_verbalisation_c-vieaux_10-2012.pdf
- [30] Lebeau Jean-Pierre. *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Saint-Cloud: Global média santé; 2021.
- [31] Corraze Jacques. *Les communications non-verbales*. Paris: Presses universitaires de France; 1980.
- [32] Coquet F, Witko A. Comportements sémiotiques et multimodalité de conduites langagières. *Rééducation Orthophonique* 2011;49:105–26.

Tables des figures et tableaux

Figure 1 : Pictogrammes [23]	19
Figure 2 : Contacteur enregistreur [23]	19
Figure 3 : Exemple d'une phrase avec des pictogrammes Makaton [29].....	22
Tableau 1 : Récapitulatif des situations des professionnels	28
Tableau 2 : Thèmes abordés par les professionnels	38

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif orthophoniste

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif ergothérapeute

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif kinésithérapeute

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien de Madame L.

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien de Madame S.

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien de Madame U.

Annexe 7 : Retranscription de l'entretien de Madame A.

Annexe 8 : Retranscription de l'entretien de Madame T.

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif orthophoniste

Présentation

Bonjour, je m'appelle Amandine GOUIX, je suis étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'IFMK d'Alençon, en cours de réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Pour ce mémoire, je m'intéresse à la communication alternative augmentée chez des enfants ayant des troubles de la communication.

Ainsi, je vais réaliser des entretiens pour répondre à ma problématique qui est : Quel usage le kinésithérapeute peut-il faire de la communication alternative augmentée pour avoir un échange avec des enfants ayant des troubles de la communication et ainsi avoir une prise en charge kinésithérapique optimale ?

L'objectif de cet entretien est de savoir quels outils vous utilisez pour communiquer avec les enfants et quelles utilisations vous en faites.

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien, il ne sera pas diffusé, il sera simplement utilisé pour mon mémoire.

Introduction

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel et votre exercice actuel ?

Corps de l'entretien

1. Que pouvez-vous me dire de la communication chez les enfants pris en charge dans votre structure ?

2. Quels sont les outils de communication disponible dans votre structure ?

Relance possible :

- Utilisez-vous certains outils plus particulièrement que d'autres ? Pourquoi ?
- Est-ce qu'il y a un ordre chronologique dans la mise en place des différents outils ?

3. Quel outil de communication instaurez-vous en fonction du type de population ?

Relance possible :

- Est-il difficile d'instaurer un outil de communication chez certaines populations d'enfant ?
- A partir de quel âge peut-on mettre en place un outil de communication ?

4. Que pouvez-vous me dire sur l'utilisation de ces outils ?

Relance possible :

- Les enfants prennent-ils facilement en main leur outil ?
- Est-ce que les enfants utilisent régulièrement leur outil ou ont-ils tendance à le délaisser ?
- La famille est-elle d'accord avec la mise en place d'outils de communication ?
- Est-ce que la famille encourage l'utilisation de l'outil ?
- Pensez-vous que le personnel soit bien formé à l'utilisation des différents outils ?

Conclusion

Avez-vous des questions ou des choses à ajouter ?

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif ergothérapeute

Présentation

Bonjour, je m'appelle Amandine GOUIX, je suis étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'IFMK d'Alençon, en cours de réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Pour ce mémoire, je m'intéresse à la communication alternative augmentée chez des enfants ayant des troubles de la communication.

Ainsi, je vais réaliser des entretiens pour répondre à ma problématique qui est : Quel usage le kinésithérapeute peut-il faire de la communication alternative augmentée pour avoir un échange avec des enfants ayant des troubles de la communication et ainsi avoir une prise en charge kinésithérapique optimale ?

L'objectif de cet entretien est de savoir quels outils vous utilisez pour communiquer avec les enfants et quelles utilisations vous en faites.

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien, il ne sera pas diffusé, il sera simplement utilisé pour mon mémoire.

Introduction

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel et votre exercice actuel ?

Corps de l'entretien

1. Quel rôle avez-vous dans la mise en place des outils de communication

Relance possible :

- L'orthophoniste vous consulte-t-il lors de la mise en place d'un outil de communication

2. Comment pouvez-vous intervenir sur l'utilisation des différents outils ?

Relance possible :

- Quels conseils pouvez-vous donner dans la mise en place d'un outil de communication ?
- L'installation des patients a-t-elle une importance dans la mise en place d'un outil de communication ?

3. Que pouvez-vous me dire sur l'utilisation de ces outils ?

Relance possible :

- Est-ce que les enfants utilisent régulièrement leur outil ou ont-ils tendance à le délaisser ?
- Pensez-vous être bien formé à l'utilisation de ces outils ?
- Pensez-vous que le personnel soit bien formé à l'utilisation des différents outils ?

4. Quel utilisation faites-vous de ces différents outils dans vos prises en charge ?

Relance possible :

- Les outils de communication sont-ils une aide dans vos prises en charge ?
- Est-ce que les enfants utilisent leur outil de communication lors de vos séances ?

Conclusion

Avez-vous des questions ou des choses à ajouter ?

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif kinésithérapeute

Présentation

Bonjour, je m'appelle Amandine GOUIX, je suis étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'IFMK d'Alençon, en cours de réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Pour ce mémoire, je m'intéresse à la communication alternative augmentée chez des enfants ayant des troubles de la communication.

Ainsi, je vais réaliser des entretiens pour répondre à ma problématique qui est : Quel usage le kinésithérapeute peut-il faire de la communication alternative augmentée pour avoir un échange avec des enfants ayant des troubles de la communication et ainsi avoir une prise en charge kinésithérapique optimale ?

L'objectif de cet entretien est de savoir quels outils vous utilisez pour communiquer avec les enfants et quelles utilisations vous en faites.

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien, il ne sera pas diffusé, il sera simplement utilisé pour mon mémoire.

Introduction

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel et votre exercice actuel ?

Corps de l'entretien

1. Pour vous, en quoi la communication a-t-elle un rôle dans la prise en charge kinésithérapique ?

Relance possible :

- Les troubles de la communication sont-ils un frein à la prise en charge ?
- La prise en charge est-elle plus difficile avec un enfant ayant des troubles de la communication ?

2. Quels outils utilisez-vous pour communiquer avec les enfants ayant des troubles de la communication ?

Relance possible :

- Travaillez-vous en collaboration avec l'orthophoniste pour mettre en place un outil de communication ?
- Avez-vous des outils que vous utilisez préférentiellement ?

3. Comment utilisez-vous ces outils au cours des séances ?

Relance possible :

- Avez-vous un rituel pour l'utilisation de ces outils ?
- Est-ce que vous les utilisez beaucoup au cours des séances ?
- Avez-vous l'impression que c'est une aide ou plutôt une contrainte ?

4. Vous sentez-vous à l'aise avec l'utilisation de ces outils ?

Relance possible :

- Pensez-vous être assez formé à l'utilisation de ces outils ?
- Avez-vous l'impression de les utiliser assez régulièrement ?

Conclusion

Avez-vous des questions ou des choses à ajouter ?

1 Annexe 4 : Retranscription de l'entretien de Madame L.

2

3

4 Amandine représente l'enquêteur

5 Madame L. représente l'interviewé

6

7

8 Amandine :

9 Est-ce que déjà tu peux me présenter un petit peu ton parcours professionnel et puis ton exercice
10 ici ?

11

12 Mme L. :

13 Du coup ça va faire 2 ans et demi que je suis diplômée. J'ai fait essentiellement des
14 remplacements de congés maternité en pédiatrie. J'ai commencé en centre de rééducation
15 pédiatrique, j'ai fait au moins un an et là ça va faire 5 mois que je suis en IEM mais j'avais déjà
16 eu une expérience aussi en IEM avec ce remplacement j'avais pu voir aussi les moyens de
17 communication alternatifs améliorer c'est pour ça que je te dis ça. Maintenant, je vais exercer à
18 mi-temps en IEM et à mi-temps en libéral pour accompagner des enfants plus trouble
19 dyslexique etc. Donc voilà globalement.

20

21 Amandine :

22 D'accord alors donc on va commencer l'entretien. Quel rôle vous avez en tant qu'ergothérapeute
23 dans la mise en place des outils de communication ?

24

25 Mme L. :

26 Alors ça dépend des structures. J'étais en IEM donc dans une autre structure avant, c'est ce que
27 je te disais, un plus petit IEM qui accueillait environ une trentaine d'enfants. Il y avait pas
28 d'orthophoniste, c'est pour ça que je préfère bien le souligner. Il y avait pas d'orthophoniste ou
29 alors elle était là un jour par semaine donc on avait un gros rôle ici enfin là-bas de mise en place
30 de l'outil de communication donc on travaillait en lien avec la psychologue sur ça et avec toute
31 l'équipe éducative. Donc au niveau de la communication là-bas on mettait en place tous les
32 picto. L'ergo elle faisait la mise en place d'une banque de données de pictogramme pour que

33 tout le monde utilise les mêmes pictos, C'est super important que par exemple pour le
34 pictogramme manger il n'y ait pas un pictogramme sur un groupe et un autre enfin voilà donc
35 essayer de faire une harmonie dans les pictos. D'essayer de mettre tout en place la signalétique
36 au niveau de chaque salle avec les photos. L'ergo elle avait aussi mis en place des petits colliers
37 avec les demandes principales chez les enfants : j'ai faim, j'ai soif, je me sens pas bien et j'ai
38 besoin d'aide. On savait pas trop comment le mettre, autour du cou ou au niveau de la ceinture.
39 Et avec des enfants on essayait de leur dire voilà c'est de me pointer ce que tu essaies de me
40 dire. L'ergo pouvez mettre en place aussi les logiciels. On avait aussi un rôle, je me rappelle
41 d'une jeune qui utilisait les contacteurs pour communiquer donc elle avait un contacteur à
42 défilement avec Grip 3 et ça défilait et hop elle appuyait pour nous dire ce qu'elle voulait. Nous
43 notre métier c'est vraiment accompagner les enfants dans les actes de la vie quotidienne :
44 toilette, habillage, repas, scolaire, les installations aussi en lien avec les kinés mais là-bas on
45 avait un gros rôle à jouer en termes de communication. Et ici, depuis ce remplacement, donc
46 on a de la chance d'avoir des orthophonistes. Je dirais qu'ici notre rôle est plutôt de soutenir les
47 enfants à utiliser le moyen de communication. Je sais qu'on a une jeune ici qui a un portable
48 mais qui l'utilise pas. Toutes les aides qu'on peut lui proposer elle ne les investit pas parce
49 qu'elle est pas motivée, parce que elle voit pas l'intérêt, est ce que aussi la peur de montrer cet
50 outil. Mais en tout cas moi je sais qu'en séance avec elle j'ai pas un rôle à jouer propre sur la
51 communication mais en tout cas je sais qu'elle a cet outil et c'est un soutien pour communiquer.
52 Par exemple, on peut faire des jeux visio-spatiales, de motricité fine mais en même temps il
53 faut qu'elle aille me donner les informations avec son portable.

54

55 Amandine :

56 Est-ce que l'orthophoniste elle vous consulte pour mettre en place certains outils ?

57

58 Mme L. :

59 Oui, régulièrement, en réunion les orthophonistes nous consultent. Comme je disais pour
60 essayer elle ce qu'elle mette en place en séance, que nous aussi on le transpose dans nos séances
61 et qu'on transpose dans nos mises en situation, etc.

62

63 Amandine :

64 Comment vous pouvez intervenir sur l'utilisation des différents outils ?

65 Mme L. :
66 Alors, j'ai déjà pas mal répondu, comment on peut ...

67

68 Amandine :

69 Ou quel conseil vous pouvez donner dans la mise en place des outils de communication ?

70

71 Mme L. :

72 Je pense que déjà on a un gros rôle quand même tous en équipe, quand je dis on, un rôle à jouer
73 auprès des équipes et de la famille aussi pour que l'enfant puisse utiliser ce modèle de
74 communication. Après je sais pas, il y a tellement de moyens de communication différents que
75 je sais pas non plus sur lequel tu t'axe. Moi je sais que j'ai déjà vu un petit peu de Grip 3. Donc
76 nous comment on peut intervenir ? Déjà moi quand je suis arrivée à mon premier remplacement,
77 c'est de moi maîtriser le logiciel, de m'y intéresser, de voir l'arborescence. Comment quand
78 l'enfant va se connecter il faut que ça soit le plus simple possible par rapport à ses habitudes de
79 vie, par rapport à son quotidien, à ce qu'il peut faire où à ce qu'il peut demander. L'orthophoniste
80 avec l'équipe elle voit toutes ses habitudes donc mettre en place tout toute cette arborescence.
81 De savoir aussi si moi je peux intervenir. Comment il va aller montrer ce qu'il veut, est-ce que
82 c'est par les yeux, est-ce qu'on va devoir mettre en place un petit bâton pour qu'il vienne
83 appuyer, est-ce qu'il va utiliser un contacteur. Nous qui évaluons un petit peu au niveau des
84 membres supérieurs, au niveau aussi du champ visuel, savoir ce qu'il peut balayer. Nous, on
85 peut intervenir dans cela pour dire du fait son héminégligence droite, je sais qu'il faudrait qu'on
86 place les objets à tel endroit et que ça soit avec tel membre sup qu'il va aller chercher. On parle
87 de notre rôle à jouer sur ça et sur toute l'installation, comment on va mettre en place. Il y a des
88 enfants ça va être une tablette qui va être reliée au fauteuil.

89

90 Amandine :

91 Donc l'installation des patients, elle a une importance dans la mise en place de l'outil ?

92

93 Mme L. :

94 Oui tout à fait. Comme je disais, il faut évaluer avant, c'est les prérequis. Il faut évaluer
95 l'installation pour que l'outil soit utilisé dans les meilleures conditions possibles et qu'il soit
96 utilisé par l'enfant

97 Amandine :

98 Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur l'utilisation de ces outils ?

99

100 Mme L. :

101 De façon générale ?

102

103 Amandine :

104 Oui, de façon générale.

105

106 Mme L. :

107 Qu'est-ce que je peux dire ? C'est pas facile de mettre en place ces outils. Pourquoi c'est pas
108 facile ? Après ça dépend vraiment des capacités de l'enfant, de sa motivation surtout. Comme
109 je disais la jeune qu'on a ici, elle est pas motivé donc dans les séances éducatives elle va pas
110 penser à le prendre, les éducateurs sont pas là tout le temps à lui dire de le prendre du coup je
111 pense que c'est compliqué parce qu'on a l'impression de pas avancer. Puis c'est une jeune qu'on
112 connaît de mieux en mieux donc qu'on comprend de mieux en mieux par ses mimiques. Ce qui
113 est difficile, c'est tout ce qui est logiciel, tablette, tout ça. Des fois ses limites de mise en place,
114 le fait que peut-être on soit pas tous formés à la mise en place de ces de ces outils. Ce qui peut
115 freiner peut-être des fois je dis ça mais qui peut freiner certains professionnels d'essayer de le
116 mettre en place ou les éducateurs doivent l'utiliser pendant leurs activités. Ça a aussi, pour
117 certains enfants, ça a quand même un gros coût cognitif, un coût important, ce qui entraîne une
118 fatigue. La mise en place, je pense qu'elle se fait progressivement pour qu'elle soit bien
119 optimale.

120

121 Amandine :

122 Est-ce que vous en tant qu'ergo, vous avez l'impression d'être bien formé à l'utilisation de ces
123 outils ?

124

125 Mme L. :

126 Pas forcément. Pendant notre cursus, on le voit pas forcément. Au premier centre de rééducation
127 que j'ai fait, j'étais pas confronté à des enfants qui avaient des outils. Mais dès que je suis arrivée
128 à l'IEM, j'étais toute seule et là il y avait beaucoup de CAA et c'est moi qui ait dû bien me

129 former, m'entraîner donc prendre du temps avec la tablette, voir tout ce qui était capable de
130 faire. Après je sais qu'il existe des formations des fois dans les structures, en interne.

131

132 Amandine :

133 D'accord. Mais toi t'as pas pu bénéficier de ces formations ?

134

135 Mme L. :

136 Là non, pas encore.

137

138 Amandine :

139 Quelles utilisations faites-vous de ces différents outils dans vos prises en charge ?

140

141 Mme L. :

142 Alors ...

143

144 Amandine :

145 Est-ce que les outils sont une aide pour vous dans vos prises en charge ?

146

147 Mme L. :

148 Avec des enfants non-communicants, oui tout à fait.

149

150 Amandine :

151 Est-ce que les enfants ils utilisent ces outils lors de vos séances ou c'est vraiment à vous de les
152 pousser ?

153

154 Mme L. :

155 Ça dépend. Comme je disais, la jeune c'est moi qui la pousse à l'utiliser. Mais je sais qu'avec
156 certains enfants où l'outil il est bien mis en place, c'est eux qui vont directement me dire avec
157 leur outil ce qu'ils veulent faire aujourd'hui, comment ils se sentent. Il y a plein de choses sur
158 ces outils. C'est très dense d'où aussi peut-être la complexité. Je pense à un jeune qui
159 communique avec la tête. Avec ce jeune, on peut lui poser toutes les questions, il va aller nous
160 répondre, il a sa tablette et il peut nous répondre, faire des phrases etc. Donc c'est super

161 important quand il y a des moyens de communication utilisés en orthophonie et même sur les
162 groupes, nous en séance, de les utiliser et c'est nécessaire.

163

164 Amandine :

165 D'accord. Est-ce que tu as des questions, des choses à rajouter ?

166

167 Mme L. :

168 Non

1 Annexe 5 : Retranscription de l'entretien de Madame S.

2

3

4 Amandine représente l'enquêteur

5 Madame S. représente l'interviewé

6

7

8 Amandine :

9 Est-ce que pour commencer tu peux te présenter un petit peu ainsi que ton parcours et puis ton
10 exercice ici à l'IEM ?

11

12 Madame S. :

13 D'accord, alors je m'appelle Madame S, je suis orthophoniste depuis 2002, je suis arrivé à l'IEM
14 en 2008, je suis à temps plein. J'ai toujours travaillé avec des ados à l'IEM. Avant l'IEM, j'ai
15 travaillé en libéral et en SESSAD APAEI donc avec déficience intellectuelle et en libéral
16 j'intervenais 2 fois par semaine au foyer s***** qui est une structure pour handicap moteur
17 adulte. Sinon je donne des cours à l'école d'orthophonie donc depuis 5 ans. C'est juste 3 cours
18 et Madame C. complète, elle a 4 cours par an et donc notre thème c'est la paralysie cérébrale et
19 moi c'est sur les généralités, la sphère oro-faciale et les fonctions supérieures, puis elle, elle fait
20 tout ce qui est CAA.

21

22 Amandine :

23 Que peux-tu me dire sur la communication chez les enfants qui sont pris en charge dans votre
24 structure ?

25

26 Madame S. :

27 Sur leur mode de communication en général ? Je pourrais pas dire les pourcentages non
28 verbaux...

29

30 Amandine :

31 Sur la communication, comment il communique ?

32

33 Madame S. :

34 Avec les jeunes c'est ça ?

35

36 Amandine :

37 Oui, oui

38

39 Madame S. :

40 Il y a des jeunes qui n'ont pas de troubles de la communication, il y en a qui en ont et ceux qui
41 en ont, on essaie de trouver un moyen pour pallier mais c'est pas toujours évident. T'as tout ce
42 qui est application sur smartphone ou tablette. Avant, c'était surtout des logiciels sur ordinateur
43 portable qui était posé sur la tablette du fauteuil. Ce qu'on pouvait constater c'est que c'est pas
44 parce qu'on met en place un outil qu'il sera utilisé. Des fois la demande, la plainte vient des
45 parents et de l'équipe et pas du jeune donc du coup ça marche pas dans ces cas-là. Non du tout.
46 Si l'enfant n'est pas motivé c'est pas la peine d'insister. On en parle régulièrement en réunion
47 « oui, alors qu'est-ce qu'il faut faire, est-ce qu'il faut qu'on l'incite à prendre sa tablette, qu'on
48 incite à prendre son téléphone ». On a beau faire des points comme ça ou on se dit on incite et
49 puis du coup les gens incitent entre 2 et on voit pas l'évolution. Il faut que le jeune soit motivé
50 lui-même, qu'il en voie l'intérêt, qu'il ait une plainte, c'est à dire qu'il ait une gêne, un handicap.
51 C'est pas parce qu'ils ont un trouble de la communication qu'ils ont un handicap. Nous on va
52 ressentir ça comme un handicap pour eux mais eux pas forcément. Ils expriment leurs besoins
53 primaires. Déjà dans leur famille on les comprend. Alors souvent quand on met en place un
54 outil de communication il n'est pas utilisé dans la famille parce que dans la famille ils le
55 comprennent. Pour eux c'est plutôt une gêne qu'autre chose. Et puis il y a ceux aussi où ils ont
56 peur qu'on mette en place un outil de communication alternatif ou augmentatif parce qu'ils ont
57 peur que ça lèse l'apprentissage de la parole. Alors qu'en fait, ça a été prouvé qu'au contraire ça
58 la favorise.

59

60 Amandine :

61 Est-ce que vous avez un certain type d'outils disponibles ici ?

62

63

64

65 Madame S. :

66 Alors moi j'ai rien en démo mais Madame C en a. Madame C comme elle a les petits en charge,
67 c'est elle qui met en place les outils de communication alternatif avec l'ergo mais surtout au
68 MS qui font ça, au médico-scolaire. Elle a des applis genre Avaz, tout ça, c'est payant, c'est
69 100€ donc elle, elle en a un à elle. Ce que je fais, c'est si il y a un besoin de la part d'un jeune
70 déjà je vais voir les ergos et Madame C. Et puis si c'est pas satisfaisant par rapport au jeune et
71 à ses spécificités, dans ce cas j'appelle C-RNT, tu les appels, tu décris le cas du jeune et ils te
72 disent quel outil il faut. Je trouve ça assez pratique. Ça évolue très vite les outils. Avant il y
73 avait des logiciels, etc. Et maintenant, on se rend compte que sur iPhone, c'est assez facile. C'est
74 P***, j'avais appelé C-RNT, il m'avait proposé Proloquo2go pour P*** et puis pour P*****,
75 il m'avait proposé Assistant parole. Après c'est en fonction de si on veut que ce soit gratuit ou
76 payant, en fonction des familles aussi. Et puis en fonction s'ils sont lecteurs ou non lecteur donc
77 il y a quand même un bilan à faire avant pour ne pas se planter.

78

79 Amandine :

80 Est-ce que vous vous avez des outils que vous utilisez plus que d'autres ou pas ?

81

82 Madame S. :

83 Pour tester ?

84

85 Amandine :

86 Non, non, en général comme outil de communication

87

88 Madame S. :

89 Non, tu vois, non par exemple C****, elle a Avaz, O***** il a JABtalk, P***, il a eu le
90 Proloquo2go. C'est en fonction de ce qu'il y a, de la situation. Par exemple L****, je lui ai mis
91 JABtalk mais JABtalk, c'est hyper contraignant, je pense pas que je le réutiliserais parce qu'il
92 faut créer entièrement l'outil. Du coup, c'est hyper personnalisé donc pour l'enfant c'est top sauf
93 que ça demande un boulot monstre, il faut tout prendre en photo ou prendre les photos sur
94 internet mais il faut tout créer. Tu crées chaque picto et ensuite tu les ranges dans les catégories
95 que tu veux et tout donc c'est pour ça que c'est bien. Mais si on peut avoir déjà des logiciels tout
96 fait, des applis toutes faites... Ok, il y aura plus de mots que ce qu'ils peuvent utiliser et du coup

107 ils sont un peu paumés, genre C***** avec Avaz, elle est un peu paumée dans son logiciel où
108 c'est un peu mal rangé donc c'est pas l'idéal non plus. Alors sinon il y a Communico Tool, j'ai
109 jamais eu à faire avec mes jeunes mais Madame C oui. Peut-être qu'il faudrait voir de ce côté-
110 là mais JABtalk, ce qui s'est passé avec L***** c'est que son frère a cliqué dessus et il l'a
111 supprimé alors que moi, j'ai mis des heures et des heures à le construire rien que 4 catégories.
112 Dedans, il y avait les adultes, une autre les élèves, une autre les lieux, une autre les émotions et
113 les 5 avec les besoins du quotidien.

114

115 Amandine :

116 Il n'y a pas de sauvegarde, de chose comme ça ?

117

118 Madame S. :

119 Et non. La première fois, c'est le petit frère qui a qui l'a supprimé. Ensuite je lui ai dit bah non
120 moi je te le remets pas. Donc je lui ai mis d'autres applis qui sont en français où il y a du
121 vocabulaire, des images. Mais ensuite, elle l'a cassé donc c'était fini. Moi un jeune qui prend
122 pas soin de son outil, moi je m'en occupe plus. Sinon c'est épuisant pour moi. Si l'équipe se
123 plaint, je leur dis : « écoutez, moi j'y suis pour rien, maintenant vous vous débrouillez » parce
124 que j'ai pas que ça à faire non plus, d'aller tout le temps refabriquer.

125

126 Amandine :

127 Est-ce que vous avez un ordre chronologique de la mise en place des différents outils ?

128 Est-ce que vous commencez par un et puis s'il l'a acquis, vous en utilisez un autre ?

129

130 Madame S. :

131 Non, on s'adapte. C'est à dire que s'il sait pas lire on va prendre du picto, s'il apprend à lire on
132 va passer par l'alphabétique. C'est prouvé que le plus rapide c'est le picto, à condition de
133 maîtriser entièrement l'outil. C'est-à-dire de savoir exactement où est le picto que tu recherches.
134 Là c'est ce qui est le plus rapide mais si tu maîtrises pas bien l'outil, c'est peut-être plus facile
135 d'écrire. Après, ça dépend si on tape vite ou pas, de notre motricité.

136

137

138

129 Amandine :

130 Est-ce que vous avez un outil de communication que vous instaurez en fonction de certaines
131 populations ?

132

133 Madame S. :

134 Un outil de communication en fonction de certaines populations... C'est pas de la
135 communication mais par exemple pour les TSA, troubles du spectre autistique, on va passer par
136 les images mais c'est pas de la communication. La séquence d'action, l'emploi du temps en
137 images. Par exemple, on voit dans certains ateliers, dans certains groupes éducatifs, qui est
138 instauré de façon continue, un tableau avec des pictos dessus, tout le monde peut s'en servir,
139 c'est ouvert à tous.

140 Sinon un groupe tu dis, quelque chose de la communication qui est systématique pour tous ?

141

142 Amandine :

143 Oui, qui est plus facile à instaurer pour certaines populations que d'autres.

144

145 Madame S. :

146 De toute façon, faut toujours s'adapter. On a essayé de mettre en place une référence
147 communication, du coup c'est Madame C, disons que c'est un peu tomber à l'as mais
148 normalement c'est Madame C la référente communication de tout l'IEM. Ensuite, c'était N***
149 qui était référent communication du MS. Moi, j'étais référente communication du SOO à
150 l'époque et SPVA, il y avait personne parce que S***** était d'accord mais elle avait pas fait
151 la formation. Donc là, Madame C avait mis en place sur l'arborescence qui est partageable par
152 tous un moyen de créer des pictos pour que tous les pictos soit tous au même gabarit. Et ensuite,
153 c'est une banque de données sur l'arborescence où on peut partager avec une équipe les pictos
154 qu'on fabrique. Je dirais que ce qu'il y a de plus systématique et de plus commun à tous c'est
155 les pictos qu'on fabrique qu'on peut retrouver en atelier cuisine ou en blanchisserie ou au MS.
156 Plutôt les pictos papiers.

157

158 Amandine :

159 Est-ce qu'il est difficile d'instaurer un outil de communication chez certains enfants, chez
160 certaines une population ?

161 Madame S. :

162 Oui, ça peut être très très difficile voire impossible pour certains. Si l'enfant et la famille ne
163 veulent pas. Il peut y avoir une demande, une plainte de l'équipe et même une plainte des
164 camarades et pour autant l'élève, la personne ne souhaite pas avoir d'outils et sa famille non
165 plus. A partir du moment où il y a refus de la personne c'est niet, je mets rien en place. J'avais
166 essayé encore en septembre avec C***** et C***** m'a détesté comme jamais. Pour elle, c'est
167 pas entendable qu'on mette en place un outil de communication alternative. Pour elle, il faut
168 qu'on travaille la parole alors que personne ne la comprend, elle n'est pas intelligible.

169

170 Amandine :

171 Et les enfants, ils ne voient pas un intérêt de pouvoir communiquer avec les autres ?

172

173 Madame S. :

174 Non, même P***** par exemple, lui ça a été très compliqué pour lui aussi d'accepter d'utiliser
175 son outil de communication dans des moments qui n'était pas scolaire. Pour lui c'était corrélié,
176 associé au scolaire. En pause, tout ça, il s'exprimait et tout le monde le comprenait avec le
177 regard. Ses camarades le connaissent très bien, peuvent anticiper ses besoins et du coup il n'y
178 avait pas de besoin. Et encore aujourd'hui, il n'a pas sa tablette en pause et il ne la souhaite pas,
179 parce qu'il a le droit de l'avoir même au repas il a le droit mais il ne la souhaite pas. Ces gens-
180 là, ils sont habitués comme ça depuis tout petit et ils se satisfont de ce qu'ils ont. Par contre
181 après sur les réseaux sociaux ça chat et tout mais sinon comme ça il veut juste profiter de
182 l'ambiance, de temps en temps un petit cri et puis les copains le connaissent bien donc du coup
183 ils réagissent tout de suite. Ils ont d'autres façons de communiquer.

184

185 Amandine :

186 Est-ce qu'il y aurait un intérêt à mettre des outils de communication dès le plus jeune âge ?

187

188 Madame S. :

189 De toute façon oui. Même on dit chez les bébés, le baby sign chez l'enfant tout venant, c'est une
190 bonne chose parce que ça évite les crises de colère etc. puisque l'enfant a un moyen bien plus
191 précoce que tout ce qui est oro-moteur pour communiquer. Plus on instaure un moyen de
192 communication tôt, mieux c'est pour le comportement.

193 Amandine :

194 Donc des tout petits, on peut instaurer un outil de communication ?

195

196 Madame S. :

197 De toute façon c'est ce que font les parents, ils communiquent de façon spécifique avec leur
198 bébé parce qu'ils n'ont pas la même intonation, pas le même parler etc. Donc déjà, ils mettent
199 en place quelque chose de très naturel et instinctif mais c'est un mode de communication adapté
200 à l'enfant. Ensuite, oui, pour l'enfant qui est handicapé et qui sera non-verbal déjà on le sait pas
201 tout de suite qu'il sera non-verbal. Déjà s'il babille pas etc. on va pouvoir commencer à
202 s'inquiéter. Mais après, on peut le voir aussi dans les troubles d'alimentation, s'ils ont du mal à
203 téter, s'ils ont du mal à manger des morceaux etc. on va voir qu'en général s'est lié avec les
204 capacités artrique. Dès qu'on voit qu'il y a des troubles d'alimentation et puis qu'il y a une
205 tétraplégie par exemple, qu'il y a un tableau qui fait que sûrement la motricité oro-faciale sera
206 touché, on pourrait mettre en place, mais quoi... On va pas mettre un écran, je pense pas ou une
207 tablette pourquoi pas mais après, en général c'est du papier. Sur le frigo par exemple, on va
208 mettre ce qu'il y a dans le frigo qu'il aime, on va mettre des pictos de ce qu'il y a dans le frigo
209 comme ça il va faire une demande. Il va dire j'ai envie de manger un yaourt et puis il va aller
210 prendre le picto yaourt et puis il va le donner à son papa ou à sa maman et ils vont comprendre
211 qu'il veut un yaourt. S'il est pas capable de se déplacer, on peut lui mettre en place un tableau
212 spécifique par pièce en fonction de ce qu'il y a dans les pièces. Voilà, tout est possible.

213

214 Amandine :

215 On en a parlé un petit peu tout à l'heure mais par rapport à la famille, est-ce que c'est facile ou
216 pas de d'interagir avec la famille ?

217

218 Madame S. :

219 Nous à l'IEM, on voit très peu les familles, on les a rarement au téléphone alors qu'en libéral tu
220 les vois toutes les semaines. Il y a déjà un travail avec les familles qui est bien plus complexe à
221 cause de la distance. Il y en a qui sont partant, on les a au téléphone, 1, 2 fois et puis qui disent :
222 « Ah bon, il faut telle appli, ah et c'est que sur iPhone, bah du coup je vais acheter un iPhone »
223 « Il faut acheter une coque de protection, bon, je vais acheter une coque ». Tout peut être fait
224 très rapidement. Il y a des familles où on propose et c'est fait. Et d'autres familles où on va dire

225 « Il faudrait un téléphone pour avoir une alarme pour ces rendez-vous » et les familles qui disent
226 « Ah bah non, on ne vous voulez pas qu'il ait de téléphone » « Ah bon mais c'est bientôt son
227 anniversaire peut être que s'il en commande un à son anniversaire ». Et puis finalement, on met
228 en place le téléphone et puis la famille dit « On arrête le téléphone parce qu'il joue ». C'est ça
229 aussi qui est délicat avec les téléphones. Après, ils sont surveillés en atelier pour ne pas jouer
230 aussi. Et puis comme il y a l'internat et qui joue beaucoup à l'internat du coup ça embête les
231 parents et ils ont interdit le téléphone.

232

233 Amandine :

234 D'accord. Est-ce qu'en général les familles qui sont tout de suite d'accord avec ce que vous
235 dites, l'outil est beaucoup et plus facilement utilisé ?

236

237 Madame S. :

238 Non, pas forcément parce qu'en fait en général les gens ils considèrent que l'appli c'est à
239 l'orthophoniste de s'en occuper, de la maîtriser et l'orthophoniste va l'apprendre à l'enfant. Mais
240 eux, ils se sentent pas impliqués dans le fait qu'ils doivent maîtriser eux-mêmes l'outil. Du coup
241 c'est un travail qu'on doit faire nous-même avec l'équipe, dire à l'équipe non c'est pas
242 l'orthophoniste. L'orthophoniste c'est pas son job, c'est son job peut-être de mettre en place
243 mais après c'est pas à elle d'alimenter. Je vais pas commencer à alimenter toutes les tablettes de
244 tout le monde. C'est à l'éduc pour moi.

245

246 Amandine :

247 L'éduc ou la famille a du mal à comprendre ça ?

248

249 Madame S. :

250 C'est à eux au quotidien, tiens on a vu des chimpanzés aujourd'hui, on rajoute chimpanzé dans
251 ton appli. Il faut la faire vivre, il faut l'alimenter, il faut que l'enfant puisse l'utiliser. Si l'adulte
252 autour de lui qui l'a au quotidien ne l'utilise pas, lui ne l'utilisera pas. Sauf que l'orthophoniste,
253 si tout le monde compte sur l'orthophoniste, l'orthophoniste elle le voit au mieux une demie
254 heure personne, c'est pas comme ça qu'on avance sur une appli.

255

256

257 Amandine :

258 C'est un investissement de l'entourage de l'enfant ?

259

260 Madame S.

261 Ouais, c'est vrai. Ils ont du mal même si on leur explique en réunion, même si on leur explique

262 personnellement, ils sont habitués aussi à passer par l'oral et ils se disent elle me comprend donc

263 moi je continue à parler à l'oral sauf que si on veut qu'elle utilise sa tablette, il faut aussi que

264 l'adulte s'exprime par la tablette, c'est à dire qu'il dit sa phrase à l'oral mais il va aussi le faire

265 avec la tablette pour donner le bon modèle comme on fait avec un enfant quand on lui apprend

266 à parler, on lui donne le bon modèle oral. Là, il faut que le parent donne le bon modèle tablette.

267 Il faut que ce soit pas que dans un sens parce que l'enfant va pas l'utiliser sinon. Mais ça c'est

268 pas évident de faire cette démarche, pas du tout. Donc c'est pour ça qu'il y a quand même des

269 limites. Et si l'enfant a une déficience intellectuelle ou, s'il n'en a pas, il va pouvoir apprendre

270 à la gérer, à la maîtriser mais s'il en a, c'est à nous encore plus d'essayer d'être présent. Et puis

271 on a tendance aussi à faire beaucoup des questions fermées, ça évite l'utilisation d'une réelle

272 expression et donc de l'utilisation de la tablette. C'est plus facile pour nous, ça va plus vite si

273 c'est un oui ou un non alors que s'il faut qu'on attende qu'il ait trouvé tous les picto pour faire la

274 phrase, déjà nous, on se décourage en tant qu'adulte. On a pas le temps, il y a pas la temps, ça

275 va trop vite. C'est trop lent en fait comme outil.

276

277 Amandine :

278 D'accord donc ce qui entraine un petit peu une sous-utilisation de l'outil ?

279

280 Madame S. :

281 Ouais, c'est pas fonctionnel. Alors le plus fonctionnel je trouve, c'est qu'il faut être en fauteuil

282 roulant, faut pas être marchand. Faut avoir le téléphone portable sur le pommeau et puis là, faut

283 avoir une appli dans le téléphone portable avec synthèse vocale et une appli qu'on maîtrise.

284 Parce que quand on est marchand tout de suite on ne sait plus où le mettre. Ou alors avec le

285 téléphone mais après si on est hémiplégique parce que souvent on est marchand mais

286 hémiplégique. Du coup, on l'a dans une main mais on écrit comment. Donc, il vaut mieux être

287 en fauteuil. Ça tombe bien parce que c'est plutôt les tétras qui ont des difficultés. Par exemple,

288 C****, elle a du mal à porter son téléphone en bandoulière, à chaque fois elle nous le passe
289 quand elle se déplace.

290

291 Amandine :

292 D'accord. Merci est-ce que tu as des questions...

293

294 Madame S. :

295 Tu as vu les limites

296

297 Amandine :

298 Oui, oui, il y a beaucoup de limites qui arrivent rapidement.

299

300 Madame S. :

301 Alors l'idéal, ça serait la langue des signes

302

303 Amandine :

304 Oui parce qu'on a besoin de rien mis à part ses mains.

305

306 Madame S. :

307 Même avec une main on peut faire des signes reconnaissables même si on n'a pas les 2 mains.

308 Et puis même si on a des troubles au niveau de la motricité fine, on fait quelque chose de

309 grossier mais que l'autre, c'est un langage commun après donc il va reconnaître donc il va

310 comprendre. La langue des signes c'est plus spontané, c'est immédiat. Maintenant, il faut que

311 tout le monde la connaisse pour pouvoir communiquer, c'est ça l'inconvénient. L'idée ça serait

312 de la développer. Par contre comme à l'extérieur la langue des signes n'est pas connue, là, il n'y

313 a plus que les synthèses vocales. Il faut vraiment qu'ils apprennent à maîtriser une appli avec

314 synthèse vocale pour l'extérieur quand ils vont à la boulangerie « Je veux une baguette s'il vous

315 plaît ».

316

317

318 Amandine :

319 Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

320 Madame S. :

321 Non, je réfléchissais par rapport à la kiné.

322

323 Amandine :

324 Ça marche, merci beaucoup.

1 Annexe 6 : Retranscription de l'entretien de Madame U.

2

3

4 Amandine représente l'enquêteur

5 Madame U. représente l'interviewé

6

7

8 Amandine :

9 Alors, est-ce que pour commencer tu peux un petit peu me présenter ton parcours professionnel
10 et ton exercice actuel ?

11

12 Mme U. :

13 Oui, alors du coup moi je suis toute jeune diplômée. J'ai été diplômée du coup en juillet 2021 de
14 l'école de Laval et j'ai exercé un petit peu pendant l'été en adulte et depuis début septembre
15 2021 du coup je travaille au centre de rééducation des Capucins à Angers. Donc j'ai commencé
16 en étant à 50% sur le plateau technique, enfin le SSR de rééducation pédiatrique et à 50% sur
17 un EEAP qui est un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés. Et là maintenant,
18 je suis plus à 90-10. Donc voilà, et avec une population très variée d'enfants qui vont de 8 mois
19 à 18 ans en groupe.

20

21 Amandine :

22 Ok, d'accord, donc on va plutôt commencer l'entretien.

23 Pour toi, en quoi la communication a-t-elle un rôle dans la prise en charge kinésithérapique ?

24

25 Mme U. :

26 Bah, je pense qu'elle a plusieurs rôles. Déjà je pense que c'est important pour, enfin, si je pense
27 à un enfant qui a pas de communication, je pense tout de suite à la douleur par exemple.
28 Comment on est, comment on arrive à capter que l'enfant est douloureux ou pas, les besoins
29 qu'il a, etc. Donc ça, je pense que dans la kiné c'est un des principaux, une des principales
30 utilités de la communication. Après avec les enfants, c'est aussi, je pense d'avoir une alliance
31 thérapeutique avec eux. C'est plus évident pour le kiné quand l'enfant il communique de créer

32 une bonne alliance avec lui. Et pour le connaître c'est plus facile, savoir ce qu'il aime, ce qu'il
33 n'aime pas.

34

35 Amandine :

36 Est-ce que pour toi les troubles de la communication ce sont des freins à la prise en charge
37 kinésithérapique ?

38

39 Mme U. :

40 Un peu je pense. Je pense que ça peut être un frein dans le sens où comme je disais avant si
41 l'enfant n'exprime pas la douleur et qu'on le connaît, par exemple, on a des enfants qui viennent
42 ici qui sont polyhandicapées. Quand on les connaît pas du tout, les gens qui les connaissent très
43 bien vont savoir quand est-ce qu'ils ont mal, quand est-ce qu'ils ont besoin de quelque chose,
44 etc, parce qu'ils ont leur propre langage entre eux. Mais pour nous, ça va être hyper difficile et
45 je pense qu'on peut faire facilement des erreurs et ne pas repérer une situation qui pour l'enfant
46 est inconfortable alors que, et nous on ne l'a pas vu, et pas l'amélioré donc je pense que dans
47 cette vue-là c'est un frein. Après, je pense qu'on peut totalement mener une rééducation quand
48 même à bien avec un enfant qui ne communique pas. Avec d'autres, si on a justement, comme
49 ton mémoire le dit, on a des moyens de communication alternatifs, on peut quand même, je
50 pense réussir à le prendre en charge correctement.

51

52 Amandine :

53 D'accord.

54 Quels outils vous utilisez pour communiquer avec les enfants qui ont des troubles de la
55 communication ?

56

57 Mme U. :

58 Alors nous on utilise, moi alors j'ai pas beaucoup de diplômes donc je sais pas, j'ai pas beaucoup
59 de temps d'exercice donc j'en ai pas vu tant que ça. Moi, j'ai vu le Makaton principalement.
60 Surtout en signe. J'ai vu un petit peu les pictos mais pas beaucoup. C'est surtout le Makaton
61 avec les signes. Donc on a celle-ci en mode de communication, je réfléchis à ce qu'on a d'autre.
62 Et après moi, je trouve que c'est surtout avec les enfants polyhandicapés, c'est une
63 communication qui va se faire mais à force de connaître l'enfant. Que les parents vont nous dire

64 bah je sais pas, quand ils fait ça, je sais pas, ce geste là avec sa main c'est que il a mal ou qu'il
65 a soif ou des choses comme ça. Ce mode de communication je sais pas s'il a un nom mais le
66 Makaton principalement je pense. Et j'ai vu un enfant avec un ordinateur mais je l'ai pas pris
67 en charge mais qui a je pense que c'est une commande oculaire.

68

69 Amandine :

70 Et est-ce que l'orthophoniste par exemple vous concertent pour savoir quel outil utiliser ou vous
71 donner des conseils ?

72

73 Mme U. :

74 Oui, alors on a des collègues qui sont vraiment juste à côté de nous. Moi j'ai été avec elle surtout
75 une fois pour un enfant qui est non communicant. Mais du coup je l'ai eu en charge un petit peu
76 et je l'avais appelé pour savoir comment cet enfant il s'exprimait parce que j'avais bien vu que
77 par exemple, il utilisait le haussement de sourcil pour les oui, les non, qu'il commençait un petit
78 peu à pouvoir sortir des sons. Donc à ce moment-là, j'ai appelé l'orthophoniste pour lui
79 demander de m'aider à décoder, en fait ce qu'elle avait mis en place avec lui donc dans ces cas-
80 là oui moi je les contacts pour savoir.

81

82 Amandine :

83 D'accord et donc je reviens un petit peu à ce que tu m'as dit sur la communication avec les
84 parents, est-ce que c'est facile de, alors déjà est-ce que vous voyez souvent les parents en
85 rééducation ?

86

87 Mme U. :

88 On a quand même assez souvent les parents. Après chaque cas est différent mais nous on les a
89 quand même, au moins les premiers jours quand ils arrivent. On a forcément un contact avec
90 eux.

91

92 Amandine :

93 Donc, est-ce que eux ils vont facilement vers vous et vous explique un petit peu le
94 fonctionnement de l'enfant ? Voilà par exemple, ce que tu disais quand il fait tel geste ça veut
95 dire ça etc.

96 Mme U. :
97 Moi je trouve que oui. Quand ils sont là et qu'on les voit, moi ceux que j'ai rencontré en tout
98 cas, ils sont plutôt, oui, à nous appliquer tout tout tout sur leurs enfants, tout ce qu'ils connaissent
99 de, il exprime pas beaucoup sa douleur mais il a tendance à crier mais c'est normal c'est parce
100 qu'il est douloureux, c'est que voilà il s'exprime. Donc, oui, je trouve que les parents donnent
101 quand même pas mal d'indications de comment ils communiquent avec leurs enfants, moi en
102 tout cas ceux que j'ai rencontré. Après je sais que à l'EEAP, on les voit un petit peu moins et je
103 sais que c'est un lieu de vie et c'est des parents qui viennent peut-être moins, qui sont moins en
104 contact avec leurs enfants vu qu'ils sont que en week-end tout ça. Et je pense qu'il y a certains
105 parents qui sont peut-être un peu plus démunis face à leurs enfants qui communiquent pas et
106 que là c'est plus l'équipe qui va les connaître mais en général les parents qui sont en contact
107 avec leurs enfants ils ont une communication avec lui.

108

109 Amandine :

110 D'accord.

111 Comment vous utilisez ces outils au cours des séances ?

112

113 Mme U. :

114 Alors moi j'utilise pendant mes séances. J'utilise, si j'en utilise une c'est le Makaton. Et je l'utilise
115 plutôt pour, je sais pas, pour donner des consignes, rassurer l'enfant par exemple. Moi, j'ai un
116 enfant là qui signe souvent la maison avec je crois que c'est maman où papa et donc une fois
117 qu'il m'a dit ça, je comprends que là je dis bah non, ça sera après mais tu enfin tu vois pour
118 segmenter. Ça me permet de savoir ce qu'il me demande, du coup moi de savoir qu'il faut que
119 je le rassure à ce moment-là. Donner des consignes et voilà.

120

121 Amandine :

122 Est-ce que tu as rituel dans l'utilisation de ces outils ?

123

124 Mme U. :

125 Non pas du tout. J'avoue que non

126

127

128 Amandine :

129 D'accord. C'est dépendant de l'enfant peut être ?

130

131 Mme U. :

132 Oui, c'est ça et puis comme je maîtrise pas trop le Makaton et c'est pas moi qui vais leur
133 apprendre, j'utilise plutôt les signes qu'ils connaissent et j'apprends au fur et à mesure un peu
134 les nouveaux signes qu'ils ont et je les suis plutôt eux. Mais après, y a quand même le bonjour
135 et le au revoir que je fais à chaque fois enfin au début.

136

137 Amandine :

138 Donc, est-ce que t'as l'impression que c'est une aide ou plutôt une contrainte ?

139

140 Mme U. :

141 Ah non, c'est une aide moi je trouve. C'est pas du tout une contrainte. Ah oui, je trouve que
142 c'est beaucoup plus facile d'avoir cet outil pour communiquer avec les enfants et leur faire
143 passer des consignes et même de comprendre ce qu'ils veulent pour éviter la frustration. Moi je
144 trouve que c'est essentiel même. Quand il peut y avoir ça c'est vraiment cool.

145

146 Amandine :

147 Est-ce que tu te sens à l'aise avec tous ces outils ?

148

149 Mme U. :

150 Pour les signes que je connais du Makaton ça va mais moi j'ai pas du tout été formé à ça dans
151 mon école j'avais plus appris sur le terrain mais il y en a plein que je connais pas et je me sens
152 un peu démunie des fois sur les signes. J'aimerais leur dire des choses ou j'aimerais comprendre
153 plus de choses qu'il me signe mais comme j'ai pas été formé je les connais pas. Et après sur les
154 autres moyens, on s'adapte par rapport à l'enfant. Ils arrivent avec des fois des moyens qu'on
155 connaît pas trop comme la commande oculaire, ça je connais pas du tout donc j'apprends à
156 l'utiliser mais c'est pas toujours facile.

157

158

159

160 Amandine :

161 En interne, vous n'avez pas de formation sur les signes par exemple ou les différents moyens
162 de communication ?

163

164 Mme U. :

165 Je crois pas non. Je crois pas qu'on nous l'ait proposé en tout cas.

166

167 Amandine :

168 Ok et est-ce que tu as l'impression de les utiliser assez régulièrement ou pas ces outils où tu as
169 l'impression que tu pourrais les utiliser plus ?

170

171 Mme U. :

172 Non je les utilise assez régulièrement et après c'est en fonction des enfants qu'on a aussi. Moi
173 je sais que j'ai une petite partie d'enfants qui signent et qui utilisent le Makaton mais aussi une
174 grosse partie quand même qui communique et une autre petite partie qui communique pas du
175 tout, qui maîtrise pas le Makaton. Donc je trouve ça dépend un peu aussi des fonctions des
176 enfants qu'on a. Avec ceux qui le maîtrisent, j'utilise à chaque fois en tout cas.

177

178 Amandine :

179 Ça marche.

180 Est-ce que tu as des questions ou des choses à ajouter ?

181

182 Mme U. :

183 Ben moi ça m'intéresserait de savoir si dans ton mémoire t'as des moyens de communication,
184 enfin est-ce qu'il y a une liste ou tu vois des choses comme ça ?

185

186 Amandine :

187 Alors souvent ils sont un peu rangés, c'est un peu hiérarchisé. Par exemple, on a tout ce qu'est
188 langue des signes ou du coup il y a aucun aucune aide, on a juste besoin de nos mains. Après,
189 il y a tout ce qui est tableau de communication, pictogramme où on a juste une petite aide c'est
190 une fiche ou un classeur, etc. Après, on a ceux avec une aide moyenne, tout ce qui est contacteur,
191 on appuie sur un bouton et puis on a pré enregistrer une voix, par exemple, pour dire j'ai envie

192 d'aller aux toilettes etc. On a aussi, comment, et puis après du coup on passe vraiment sur une
193 aide importante, par exemple, avec tablette, etc, pour la communication avec aide oculaire, etc.
194 Là, on est vraiment sur des moyens plus importants.

1 Annexe 7 : Retranscription de l'entretien de Madame A.

2

3

4 Amandine représente l'enquêteur

5 Madame A. représente l'interviewé

6

7

8 Amandine :

9 Tout d'abord est-ce que vous pouvez me présenter un petit peu votre parcours professionnel et
10 votre exercice actuel.

11

12 Mme A. :

13 Okay je m'appelle Mme A. je suis diplômée en 2015 en Espagne. Ensuite je suis arrivée en
14 France en avril 2016 et j'ai commencé à travailler dans le SESSAD de Bayeux, l'ADAPT. C'est
15 à dire une structure, c'est un SESSAD pédiatrique, c'est une structure qui suit des enfants à
16 domicile soit dans leur maison soit à l'école et voilà et au bout d'un an, je suis arrivée au SSR
17 pédiatrique, là où je travaille actuellement. Voilà, je suis arrivée en 2017, 5 ans que je suis là,
18 et voilà. Après je ne sais pas si ça vous intéresse un peu des formations que j'ai pu faire ?

19

20 Amandine :

21 Oui, oui

22

23 Mme A. :

24 J'ai fait un DU en kinésithérapie pédiatrique à Paris, j'ai fait aussi la formation de drainage
25 autogène. Voilà et cette année je vais faire une formation de NEM 1, les niveaux d'évolution
26 motrice. Voilà, après j'ai fait des petites formations mais là c'est des grosses formations que j'ai
27 fait dans les domaines domaine de la pédiatrie, voilà.

28

29 Amandine :

30 D'accord alors on va commencer l'entretien, pour vous en quoi la communication elle a un rôle
31 dans la prise en charge kinésithérapique ?

32

33 Mme A. :

34 Ben pour moi, il y a un rôle essentiel. C'est important pour nous les kinés de savoir qu'est ce
35 que les besoins, l'enfant, les patients ont besoin, qu'est ce que les patients ressentent qu'est-ce
36 qu'ils veulent nous nous dire, c'est quelque chose d'essentiel

37

38 Amandine :

39 Est ce que les troubles de la communication pour vous ils sont un frein à la prise en charge ?

40

41 Mme A. :

42 D'une certaine manière oui, parce que à mon avis il y a l'enfant peut pas exprimer complètement
43 s'il n'a pas une communication verbale classique et j'ai l'impression que on a pas toutes les infos
44 du patient de qu'est-ce qu'il veut, qu'est-ce qu'il ressent, qu'est-ce qu'il a envie de faire, qu'est
45 ce qu'il voudrait pas faire, s'il a mal. On n'a pas toutes ces infos et ça met en difficulté notre
46 prise en charge, bien sûr.

47

48 Amandine :

49 Est-ce que vous trouvez que la prise en charge elle est plus difficile avec un enfant qui a des
50 troubles de la communication ?

51

52 Mme A. :

53 J'ai l'impression oui, ouais, complètement

54

55 Amandine :

56 Quels outils vous utilisez pour communiquer avec les enfants qui ont des troubles de la
57 communication ?

58

59 Mme A.

60 Alors, ça va dépendre, on s'adapte vraiment à l'enfant. Je suis en train de penser à différents
61 patients qu'on a. On peut utiliser déjà des pictogrammes qu'on montre au patient, pas beaucoup
62 on en montre 2 pour dire, je ne sais pas, un emoji content, un autre pas content ou la douleur ou
63 différentes zones du corps. Soit ça, soit avec une autre patiente qui était bien cognitivement
64 mais qui n'avait pas de motricité au niveau de ses bras, qui n'avait pas de moyens de

65 communication verbale classique, elle arrivait à lever les sourcils alors ça c'était, oui, pour moi
66 c'était un autre moyen de communication qui restait à peu près fiable. Ça dépendait aussi de
67 l'état de la patiente pour moi si elle était encombrée, ça mettait plus en difficulté la
68 communication. Sinon avec un autre enfant, alors il a des troubles, il a aussi des troubles
69 cognitifs alors la communication n'est pas toujours fiable. On lui donne, on met un doigt dans
70 sa main et on demande qu'il nous sert la main parce qu'il a une capacité de préhension assez
71 légère mais il arrive à nous serrer le doigt quand il veut dire oui. Et sinon avec cet enfant aussi
72 on est un train de, c'est surtout l'ergo mais elle est en train de mettre en place un outil de
73 communication par commande oculaire je ne sais pas si ...

74

75 Amandine :

76 D'accord. Oui, je vois.

77

78 Mme A. :

79 Mais c'est super intéressant mais c'est assez compliqué parce qu'il a des troubles aussi au niveau
80 oculaire. Il a des troubles cognitifs alors c'est pas toujours fiable. Il est pas toujours motivé s'il
81 est douloureux ça va pas marcher, s'il est encombré ça va pas marcher. C'est assez compliqué.
82 Parfois il va se fixer sur une image et malgré les stimulations des questions, des petits jeux, il
83 va pas vouloir regarder ailleurs. C'est encore un peu compliqué. On est en train de développer
84 ce système avec ce patient

85

86 Amandine :

87 D'accord.

88 Est-ce que vous travaillez en collaboration avec l'orthophoniste pour mettre en place les outils
89 de communication ?

90

91 Mme A. :

92 Non. Normalement, avant, on avait dans les services une orthophoniste mais elle était pas là
93 beaucoup de temps et tout le temps qu'elle avait c'était dédié aux prises en charge avec les
94 patients. Elle avait très peu de temps en équipe pour échanger avec les équipes alors c'était assez
95 compliqué et là on a plus de orthophonistes, on n'a pas possibilité de travailler ensemble.

96

97 Amandine :

98 Ok donc du coup chez vous, c'est plutôt l'ergo qui va s'occuper de ses outils ?

99

100 Mme A. :

101 Tout à fait.

102

103 Amandine :

104 Donc est ce que des fois vous travaillez en relation avec les ergothérapeutes ?

105

106 Mme A. :

107 Oui, oui, complètement. Là, en ce moment, c'est encore un peu compliqué parce que on a une
108 ergo et 20 pourcents. Alors l'ergo qui est à temps plein, elle est en arrêt maladie alors c'est assez
109 compliqué. On a que une ergo une journée et demi alors c'est pas beaucoup. Pareil, elle a
110 beaucoup de choses à faire mais de temps en temps oui, on essaie de, par exemple, avec l'enfant
111 qui a besoin d'une commande, d'une communication par commande oculaire et oui elle peut
112 nous montrer comment ça fonctionne au cas où on veut l'utiliser pendant les séances.

113

114 Amandine :

115 Oui, d'accord.

116 Comment vous utilisez ces outils au cours des séances ?

117

118 Mme A. :

119 Alors le pictogramme c'est quelque chose de facile. On peut l'utiliser pendant les séances sans
120 problème. D'autres types de communication que je vous ai dit pour me serrer la main, lever les
121 sourcils aussi on peut. On demande à communiquer de cette façon. Par contre, la
122 communication pour commande oculaire, c'est un peu plus compliqué parce que ça demande
123 beaucoup de temps d'installation et ça va changer si l'enfant est allongé sur un lit ou assis sur
124 un fauteuil. On a essayé plusieurs fois mais ça nous a demandé je sais pas 30 min facilement
125 parce que c'est pas simple de régler et les séances c'est 45 min alors on perd énormément de
126 temps à régler. C'est pas très pratique pour l'instant.

127

128

129 Amandine :

130 D'accord.

131 Est-ce que vous avez un rituel pour l'utilisation de ces outils ?

132

133 Mme A. :

134 Non, pas forcément. Les pictogrammes on essaie de les utiliser de plus en plus, surtout avec
135 des enfants avec qui on peut les utiliser. Surtout pour tout ce qui est, comment dire, envie de
136 jouer ou envie de faire pipi ou douleur quelque part, oui, on va directement chercher le
137 pictogramme. Mais voilà, on n'a pas des rituels en particulier.

138

139 Amandine :

140 D'accord.

141 Est-ce que vous avez l'impression de les utiliser beaucoup pendant les séances ?

142

143 Mme A. :

144 Pas beaucoup. Franchement là, je pense ça reste, ça reste ponctuel et je pense c'est par le fait
145 que c'est un peu moins, vu que on travaille en équipe avec des ergos, c'est un peu moins notre
146 domaine mais voilà on préfère, on priorise d'autres choses mais après on fait appel à ce type des
147 moyens de communication parce qu'on a besoin de savoir par rapport à la douleur ou autre
148 chose.

149

150 Amandine :

151 Est-ce que vous avez l'impression que c'est une aide ou plutôt une contrainte ?

152

153 Mme A. :

154 Ça dépend. Les pictogrammes ça peut vraiment être une aide. La communication pour
155 commande oculaire c'est plutôt une contrainte pour les temps d'installation.

156

157 Amandine :

158 Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec l'utilisation de ces outils ?

159

160

161 Mme A. :

162 Non pas du tout.

163

164 Amandine :

165 Est-ce que vous pensez être assez formé ?

166

167 Mme A. :

168 Non j'ai jamais été formé, ni pendant mes études, ni pendant d'autres formations que je fais.

169 Peut être j'ai pas choisi la formation spécifique pour une communication non verbale mais j'ai
170 jamais été, j'ai jamais eu des cours par rapport à ça.

171

172 Amandine :

173 D'accord, et est-ce que dans le centre des fois l'ergothérapeute vous donne des indications sur
174 les différents outils ?

175

176 Mme A. :

177 Oui, oui, complètement. Oui, oui, il n'y a pas de souci. On discute souvent et puis elle peut nous
178 donner des conseils

179

180 Amandine :

181 D'accord, ça marche donc voilà.

182 Est-ce que vous avez des questions des choses à ajouter ?

183

184 Mme A. :

185 Non pas forcément.

1 Annexe 8 : Retranscription de l'entretien de Madame T.

2

3

4 Amandine représente l'enquêteur

5 Madame T. représente l'interviewé

6

7

8 Amandine :

9 Est-ce que pour commencer tu peux me présenter un petit peu ton parcours professionnel et ton
10 exercice actuel ?

11

12 Mme T. :

13 Mon parcours professionnel ?

14

15 Amandine :

16 Oui

17

18 Mme T. :

19 Ben j'étais, je suis diplômé depuis 2015 en Espagne. Tu as besoin des autres formations ou pas ?

20

21 Amandine :

22 Oui, oui je veux bien.

23

24 Mme T. :

25 Donc 2015, diplômée en Espagne à l'université Complutense voilà à Madrid. Après j'ai fait un

26 master de thérapie manuelle aussi en Espagne qu j'ai fini en 2016. En 2016, je suis arrivée en

27 France, voilà. J'ai travaillé un mois et demi à la M***** donc rien à voir avec la pédiatrie.

28 Et après, en septembre 2016, j'ai commencé ici, jusqu'à maintenant. Voilà. Et au niveau des

29 formations, j'ai fait aussi le DU de kiné pédiatrique à Paris Descartes que j'ai fini en 2018. Je

30 suis aussi formée à l'uro-gynécologie pour enfants, je l'ai fait en décembre 2021. Là je fais le

31 DU de paralysie cérébrale de l'université de St-Etienne avec le CDI et l'Institut de Motricité

32 Cérébrale. Et en même temps, je fais une licence de psychologie.

33 Amandine :

34 D'accord. Alors pour toi, en quoi la communication elle a un rôle dans la prise en charge
35 kinésithérapique ?

36

37 Mme T. :

38 Parce que sinon on sais pas qu'est-ce qu'on va pouvoir faire avec l'enfant. Et sinon on sait pas
39 comment, bah qu'est-ce que l'enfant il peut faire mais aussi nous qu'est-ce qu'on a besoin de lui
40 donc voilà. Tous ses ressentis.

41

42 Amandine :

43 Est-ce que les troubles de la communication pour toi c'est un frein à la prise en charge ?

44

45 Mme T. :

46 Ça peut poser un frein au début, jusqu'à comprendre comment on peut les aborder, comment on
47 peut sauter sur ça. Mais au début ça peut faire peur mais non. C'est surtout le premier patient,
48 après ça va.

49

50 Amandine :

51 Est-ce que pour toi la prise en charge c'est plus difficile avec un enfant qui a des troubles de la
52 communication ?

53

54 Mme T. :

55 C'est pas plus difficile. C'est différent mais c'est pas plus difficile.

56

57 Amandine :

58 Quels outils tu utilises pour communiquer avec les enfants qui ont des troubles de la
59 communication ?

60

61 Mme T. :

62 Alors déjà c'est l'expression. S'il faut enlever le masque parce qu'il faut qu'il voit la tête de son
63 rééducateur. Après, on passe par les gestes et surtout surtout avec les pictos.

64

65 Amandine :

66 Est-ce qu'il y a des outils que tu utilises plus que d'autres ?

67

68 Mme T. :

69 Bah voilà, j'ai oublié avant de parler de LSF mais picto, LSF, c'est les choses que j'utilise.

70

71 Amandine :

72 Comment tu les utilises ces outils au cours de tes séances ?

73

74 Mme T. :

75 Ça me permet de expliquer à l'enfant qu'est-ce qu'on va faire pendant la séance, voilà. Et quels

76 outils on va utiliser pendant la séance.

77

78 Amandine :

79 Est-ce que t'as l'impression de beaucoup les utiliser pendant les séances ou pas ces outils ?

80

81 Mme T. :

82 Oui, oui, je les utilise beaucoup. Il y a certain que j'utilise pas que pour les problèmes de

83 communication c'est aussi pour le problème de comportement, de troubles de frustration, de

84 chose comme ça. Ça aide beaucoup à qu'il voit un peu.

85

86 Amandine :

87 Est-ce que pour toi t'as l'impression que c'est plutôt une aide ou une contrainte ces outils ?

88

89 Mme T. :

90 C'est surtout une aide, c'est pas une contrainte. Sinon je les utiliserais pas.

91

92 Amandine :

93 Est-ce que tu te sens à l'aise avec l'utilisation de ces outils ?

94

95

96

97 Mme T. :
98 Oui. Bah au début ça fait peur mais une fois que, ... C'est surtout la première séance avec
99 l'enfant, c'est compliqué mais il faut aussi savoir, il faut aussi savoir adopter les outils.
100
101 Amandine :
102 Est-ce que tu penses être assez formé à l'utilisation de ces outils ?
103
104 Mme T. :
105 Je pense que je pourrais être un peu plus formé mais on a eu la communication de la CAA.
106 Donc normalement, voilà. Mais c'est vrai que être formé peut être un petit renouvellement on
107 va dire.
108
109 Amandine :
110 Est-ce que tu trouves que tu les utilises assez ces outils ou pas ?
111
112 Mme T. :
113 Je les utilise pas assez. Je pense que je pourrais les utiliser encore plus mais c'est vrai que je les
114 utilise pour les cas un peu complexe et le problème de ça c'est qu'il faut faire des pictogrammes
115 et tout ça, c'est que c'est très chronophage, au début, et une fois que c'est fait, c'est fait. Mais
116 au début, ça demande beaucoup de temps pour fabriquer
117
118 Amandine :
119 Est-ce que tu as des questions des choses à ajouter ?
120
121 Mme T. :
122 Non