



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



**N° de mémoire 2240**

Mémoire d'Orthophonie  
présenté pour l'obtention du

**Certificat de capacité d'orthophoniste**

Par

**ENRICO Audrey**

**Utilisation de la Communication Alternative et Augmentée  
linguistiquement robuste : analyse des pratiques orthophoniques**

Mémoire dirigé par

**PERRIN Line**

Année académique

**2021-2022**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION**  
**DEPARTEMENT ORTHOPHONIE**

Directeur ISTR  
**Jacques LUAUTÉ**

**Équipe de direction du département d'orthophonie**

Directeur de la formation  
**Agnès BO**

Coordinateur de cycle 1  
**Claire GENTIL**

Coordinateur de cycle 2  
**Solveig CHAPUIS**

Responsables de l'enseignement clinique  
**Claire GENTIL**  
**Johanne BOUQUAND**  
**Ségolène CHOPARD**  
**Alice MICHEL-JOMBART**

Responsables des travaux de recherche  
**Mélanie CANAULT**  
**Floriane DELPHIN-COMBE**  
**Claire GENTIL**  
**Nicolas PETIT**

Responsable de la formation continue  
**Johanne BOUQUAND**

Responsable du pôle scolarité  
**Rachel BOUTARD**

Secrétariat de scolarité  
**Anaïs BARTEVIAN**  
**Constance DOREAU-KNINDICK**

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président  
**Pr. FLEURY Frédéric**

Vice-président CA  
**Pr. REVEL Didier**

Vice-président CFVU  
**Pr. CHEVALIER Philippe**

Vice-président CS  
**M. VALLEE Fabrice**

Directeur Général des Services  
**M. VERHAEGHE Damien**

## **1 Secteur Santé**

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen  
**Pr. RODE Gilles**

U.F.R. de Médecine et de maïeutique  
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne  
**Pr. BURILLON Carole**

U.F.R. d'Odontologie  
Directeur **Pr. MAURIN Jean-  
Christophe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques  
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (I.S.T.R.)  
Directeur **Pr LUAUTÉ Jacques**

## **2 Secteur Sciences et Technologie**

U.F.R. Faculté des Sciences  
Directeur M. ANDRIOLETTI Bruno

U.F.R. Biosciences  
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **M. BODET Guillaume**

Institut National Supérieure du  
Professorat et de l'Éducation (INSPé)  
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de Lyon  
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

POLYTECH LYON  
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de  
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)  
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

## Résumé

La Communication Alternative et Augmentée (CAA) regroupe l'ensemble des moyens permettant de compenser le développement du langage oral insuffisamment intelligible ou de le remplacer si celui-ci est complètement absent, pour ainsi aider les personnes aux besoins complexes en communication. Dans ce domaine, la CAA dite linguistiquement robuste regroupe des dispositifs aux critères spécifiques permettant à l'utilisateur de s'exprimer partout et tout le temps avec une grande variété de fonctions de communication. Les principaux dispositifs existants sont MINSPEAK®, PODD®, AVAZ®, PROLOQUO2GO®, TD SNAP®, et SUPER CORE®. Pour permettre une mise en place efficace d'un dispositif de CAA robuste, l'orthophoniste, professionnel de la communication et du langage, a un rôle fondamental pour accompagner l'enfant et son entourage et permettre un bain de langage alternatif en vue d'une généralisation du dispositif au quotidien. Cependant, en France, contrairement à l'outre-Atlantique, aucune définition ne détermine précisément les actes de l'orthophoniste dans ce domaine. L'objectif de cette étude est donc de réaliser un état des lieux de la pratique des orthophonistes français afin de voir comment ceux-ci mettent en place le dispositif, quelles sont les missions et les limites à cette implémentation. Un questionnaire a donc été adressé aux orthophonistes exerçant en France et utilisant la CAA robuste auprès d'enfants.

Les résultats ont permis de montrer que les orthophonistes développent une vision davantage systémique de la prise en soin en CAA et qu'ils utilisent leurs propres stratégies d'intervention sans avoir de ligne de conduite précise actuellement. De plus, il semblerait que la mise en place d'un dispositif de CAA soit différente selon le mode d'exercice, libéral ou salarié, de l'orthophoniste. Enfin, les orthophonistes sont favorables à la nécessité de faire connaître et reconnaître leur expertise en CAA, notamment linguistiquement robuste.

Mots-clés : Communication Alternative Augmentée – Dispositifs robustes – Orthophonistes – Questionnaire – Analyse des pratiques professionnelles – Implémentation

## Abstract

Augmentative and Alternative Communication (AAC) gathers all the means to compensate for the development of insufficiently intelligible oral language or to replace it if it is completely lacking, thus helping people with complex communication needs. In this field, the so-called linguistically robust AAC includes devices with specific criteria that allow the user to express himself everywhere and all the time with a wide variety of communication functions. The main existing devices are MINSPEAK®, PODD®, AVAZ®, PROLOQUO2GO®, TD SNAP®, and SUPER CORE®. In order to effectively implement a robust AAC device, the speech therapist, as a communication and language professional, has a fundamental role to play in supporting the child and his or her family and in providing an alternative language bath in order to generalize the device on a daily basis. However, in France, unlike on the other side of the Atlantic, there is no precise definition of what the speech therapist does in this field. The aim of this study is therefore to carry out an inventory of the practice of French speech therapists in order to see how they implement the device, what are their missions and the limits to its implementation. A survey was therefore sent to speech therapists practicing in France and using robust AAC with children.

The results showed that speech therapists are developing a more systemic vision of AAC care and that they use their own intervention strategies without having a precise line of conduct yet. In addition, the implementation of AAC seems to be different depending on whether the speech therapist is self-employed or independent worker. Finally, speech therapists are in favour of raising awareness and recognition of their expertise in AAC, especially linguistically robust.

Keywords: Augmentative Alternative Communication - Robust devices - Speech-language therapists - Survey - Professional practice analysis - Implementation

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier grandement ma directrice de mémoire, Line PERRIN. Merci pour votre disponibilité, votre expertise et votre aide précieuse dans la construction de mon mémoire.

Je remercie sincèrement tous les orthophonistes ayant répondu à mon questionnaire ou l'ayant relayé auprès de leurs contacts. Merci de m'avoir permis de réaliser cette étude. Je tiens à remercier aussi toutes les personnes avec qui j'ai pu échanger sur la CAA, merci pour ces chaleureux échanges. Merci également aux personnes ayant gracieusement accepté de relire mon mémoire.

Je remercie également mes maîtres de stage et, plus particulièrement, celles qui m'ont fait découvrir et aimer le domaine de la CAA.

Merci à mes parents, merci pour votre soutien indéfectible et votre confiance qui me poussent à donner le meilleur de moi-même chaque jour. Merci à ma sœur, merci d'être toujours là pour m'aider et me conseiller, et un merci particulier pour ton aide dans la construction de mon mémoire.

Merci à Anaïs, ma marraine de promotion. Merci pour ta présence tout au long de ces cinq années, merci de m'avoir guidée et épaulée.

Un grand merci à mes amies d'enfance qui me suivent dans mes aventures orthophoniques depuis le début. Merci pour votre écoute et vos encouragements. Un merci particulier à Anaïs pour ton écoute lors de nos nombreuses heures de travail ensemble et à Mathilde pour ta proposition de relecture de mon mémoire.

Enfin, je tiens à remercier mes copines de promotion. Merci pour votre soutien, votre entraide et votre bonne humeur.

Et un merci particulier à Manon et à Laure. Depuis cinq ans, nous franchissons toutes les étapes, main dans la main. Merci pour votre présence constante et bienveillante, merci pour votre aide inestimable qui m'a permis d'arriver jusque-là.

## Sommaire

<b>I/ Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>II/ Revue de littérature .....</b>	<b>2</b>
1. Présentation de la Communication Alternative et Augmentée.....	2
1.1. Définitions générales : communication, Communication Alternative et Augmentée, multimodalité.....	2
1.2. Mythes sur la Communication Alternative et Augmentée .....	3
1.3. Évaluation et intervention en Communication Alternative et Augmentée...4	
2. État des lieux des dispositifs robustes .....	5
2.1. Définition de la Communication Alternative et Augmentée robuste .....	5
2.2. Histoire des systèmes de communication robustes .....	6
3. Enjeux dans l'accompagnement et dans la mise en place de dispositifs de Communication Alternative et Augmentée robuste.....	7
3.1. Rôle des partenaires de communication de l'enfant .....	7
3.2. Mise en place des dispositifs robustes .....	8
3.3. Orthophonie en Communication Alternative et Augmentée robuste .....	10
4. Problématique et hypothèses.....	11
<b>III/ Méthode .....</b>	<b>12</b>
1. Objectif de l'étude .....	12
2. Population .....	12
3. Matériel.....	13
4. Procédure.....	15
5. Traitement des données.....	16
<b>IV/ Résultats.....</b>	<b>17</b>
1. Profil des répondants.....	17
2. Enseignement reçu pendant le cursus universitaire.....	17
3. Formation continue .....	18
4. Missions de l'orthophoniste en CAA .....	19



5. Partenariats.....	21
6. Lieux d'intervention.....	22
7. Choix du dispositif et sa mise en place.....	22
8. Limites et modifications.....	23
<b>VI/ Discussion.....</b>	<b>25</b>
1. Contextualisation.....	25
2. Mise en lien des résultats avec les hypothèses.....	25
2.1. Profil des participants et connaissances en CAA, et plus particulièrement, linguistiquement robuste.....	25
2.2. Hypothèse 1 : les orthophonistes auraient une vision davantage systémique de la prise en soin en CAA.....	26
2.3. Hypothèse 2 : les orthophonistes utiliseraient leurs propres stratégies d'intervention sans ligne de conduite précise.....	27
2.4. Hypothèse 3 : il existerait une différenciation entre exercice libéral et exercice salarié dans l'utilisation d'un dispositif de CAA robuste.....	29
2.5. Hypothèse 4 : les orthophonistes seraient favorables à la reconnaissance et à la diffusion de l'expertise des orthophonistes en CAA, notamment linguistiquement robuste.....	30
3. Limites et ouverture.....	31
<b>VI/ Conclusion.....</b>	<b>32</b>
<b>Références.....</b>	<b>33</b>

## I/ Introduction

Au cours des dernières décennies, la Communication Alternative et Augmentée (CAA) n'a cessé d'évoluer et les dispositifs de se multiplier, s'étendant dans divers pays. Plus de 97 millions de personnes aux besoins complexes en communication, de tous âges et de profils différents, bénéficient d'un moyen de Communication Alternative et Augmentée pour communiquer. En 2019, 42 pays étaient représentés au sein de la Société Internationale de la Communication Alternative et Augmentée (ISAAC) (Beukelman & Light, 2020). Ces données indiquent que le domaine de la CAA s'étend et que le besoin en CAA prend une place de plus en plus importante dans le champ du handicap. La multiplication des dispositifs, avec notamment l'évolution des dispositifs technologiques, comme les systèmes électroniques générateurs de parole, les applications sur tablettes et smartphones, a été un catalyseur dans la CAA ces dernières années. Cette évolution a permis l'apparition de dispositifs linguistiquement complets. Selon les contextes et les individus, la CAA est utilisée de différentes manières. Certains vont s'en servir uniquement pour quelques énoncés, d'autres pour une communication partout et tout le temps avec leurs partenaires de communication (Loncke, 2022). Il paraissait donc essentiel d'utiliser des dispositifs de CAA pouvant s'adapter à chacun et permettant de communiquer à tout moment et en tout lieu en utilisant une grande variété de fonctions de communication : c'est la CAA robuste. L'orthophoniste, professionnel expert de la communication et du langage, détient un rôle-clé dans l'accompagnement de la personne aux besoins complexes en communication et de sa famille. La CAA robuste implique en effet non seulement la participation active des personnes entourant l'individu mais nécessite également une communication presque continue. Force est de constater que les enjeux deviennent différents, le paradigme de l'orthophoniste dans son bureau dispensant des rééducations dans des situations duelles n'a plus lieu d'être puisqu'il existe un enjeu systémique qui sous-tend la prise en charge. De ce fait, comment s'opère cette évolution ? Ce mémoire a pour objectif de proposer un état des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes en CAA robuste en France. Il aura pour finalité de mieux comprendre la place des orthophonistes dans ce domaine, de déterminer quelles sont leurs missions mais aussi définir les limites auxquelles les orthophonistes peuvent être confrontés.

## II/ Revue de littérature

### 1. Présentation de la Communication Alternative et Augmentée

#### 1.1. Définitions générales : communication, Communication Alternative et Augmentée, multimodalité

La communication se définit comme un processus actif d'échange d'informations et d'idées par n'importe quel canal disponible entre minimum deux partenaires qui vont agir l'un sur l'autre. Elle implique à la fois la compréhension et l'expression. Elle permet à chaque individu d'exprimer ses besoins, ses désirs, ses connaissances, ses états émotionnels (Beukelman et al., 2013; Ronski & Sevcik, 2005). La communication est par nature multimodale, elle inclut la communication verbale (langage oral, langage écrit, pictogrammes) et la communication non verbale (gestes, manifestations corporelles, mimiques) et se caractérise par la richesse de ses supports (Cataix-Nègre & Zucman, 2017). Dans le développement de l'enfant tout-venant, la communication va d'abord se manifester par des gestes, des vocalises ou par des expressions du visage qui vont précéder l'émergence de la parole (Cataix-Nègre, 2010; Powell, 2004). Lorsque le langage oral a des difficultés à se mettre en place, d'autres moyens peuvent être utilisés pour aider l'enfant à communiquer, connus sous le terme de Communication Alternative et Augmentée (CAA).

La CAA est aujourd'hui considérée comme un domaine de la recherche clinique et de la pratique éducative. Elle a pour objectif de compenser les incapacités temporaires ou permanentes de personnes souffrant de troubles du langage et de la parole, en compréhension ou en expression, dans les modalités orale et écrite (Beukelman & Light, 2020). La communication est dite « augmentée » lorsque les moyens utilisés permettent d'aider le développement du langage oral et est dite « alternative » lorsque le langage oral ne se met pas en place et qu'il est nécessaire de trouver un moyen de substitution pour s'exprimer (Cuny et al., 2004). Il n'y a pas de profil typique d'utilisateurs de la CAA. Celle-ci s'adresse à toutes les personnes aux besoins complexes en communication qui peuvent présenter un trouble du spectre autistique, une déficience intellectuelle, un polyhandicap, un trouble neurologique ou neurodégénératif impactant le développement de la parole (Jullien, 2018).

La CAA recouvre un large éventail de dispositifs. Différentes terminologies permettent de classer ces dispositifs selon leurs caractéristiques : CAA non assistée et CAA assistée ; CAA sans aide externe, de basse ou de haute technologie ; CAA basique et

CAA robuste. La CAA non assistée regroupe l'ensemble des moyens de communication naturelle (gestes, expressions du visage, symboles dynamiques), ce sont des dispositifs de CAA sans aide externe. La CAA assistée regroupe les symboles statiques (objets, images, pictogrammes) et les tableaux ou classeurs de communication pour les dispositifs de basse technologie ; les synthèses vocales et les téléthèses pour les dispositifs de haute technologie (Baldassarri et al., 2014; Bianco et al., 2007; Ganz et al., 2017; Jullien, 2018; Ronski & Sevcik, 2005). Certains distinguent également la CAA basique de la CAA robuste. La CAA basique comprend une CAA qui va être utilisée en contexte, aura un vocabulaire limité et les messages seront peu variés. La CAA robuste est une CAA qui peut être utilisée partout et tout le temps et qui va permettre la production de messages variés. Les systèmes robustes sont « ceux qui permettent à une personne de construire des énoncés grammaticalement corrects » (Zangari, 2014) et présentent des caractéristiques spécifiques qui seront définies ci-dessous. La CAA robuste, comme d'autres moyens de CAA, va s'appuyer sur des symboles statiques et notamment des pictogrammes. Les pictogrammes, support de communication, vont représenter des personnes, des objets, des actions et contribuent à la permanence de l'objet, essentielle à la symbolisation. Ils appuient la structuration du langage au niveau de la segmentation des phrases, de la syntaxe et du lexique (Cataix-Nègre & Zucman, 2017).

La pluralité des dispositifs de CAA permet à la personne aux besoins complexes de communication d'avoir accès à différents modes de communication qui sont complémentaires pour transmettre des messages et des idées. Cette multimodalité est essentielle. Elle permet de passer d'un mode à l'autre en fonction du partenaire et du contexte et d'offrir ainsi une communication efficace (Baldassarri et al., 2014; Beukelman & Light, 2020; Cataix-Nègre & Zucman, 2017; Ronski & Sevcik, 2005).

## **1.2. Mythes sur la Communication Alternative et Augmentée**

Bien que le rôle de la CAA ait été clairement défini avec pour objectif d'augmenter la parole naturelle existante, de fournir un mode expressif et réceptif pour la communication et ait désormais sa place dans les stratégies d'intervention langagière (Ronski & Sevcik, 2005), plusieurs mythes autour de la CAA persistent et peuvent être un frein à la mise en place d'un dispositif de CAA. Il est souvent pensé que la CAA limite ou empêche le développement du langage oral, que l'enfant doit avoir un certain âge et doit présenter certaines compétences afin de pouvoir bénéficier d'un dispositif

de CAA. Cependant, depuis plusieurs années, des études ont démontré que l'utilisation d'un dispositif de CAA n'empêchait pas le développement du langage oral et bien au contraire, avait un effet positif sur l'apprentissage du langage (Beukelman & Mirenda, 2012; Millar et al., 2006; Romski & Sevcik, 2005; Schlosser & Wendt, 2008). De plus, aucun prérequis intellectuel ou sensori-moteur est nécessaire, seul le comportement naturel de l'enfant est une prédisposition à la CAA (Cress & Marvin, 2003; Romski & Sevcik, 2005). En orthophonie, la CAA peut souvent être appliquée en dernier recours. Pour Romski et Sevcik (2005), « il est primordial que la CAA soit introduite avant toute défaillance de communication ». Ils ont également montré que la CAA avait une influence positive dans le développement précoce de la communication et qu'au lieu d'être l'ultime recours, elle serait plutôt le premier moyen d'intervention et permettrait à l'enfant d'avoir une base solide pour développer ses capacités expressives et compréhensives à l'oral. Une autre idée reçue concerne les représentations symboliques qui devraient respecter une hiérarchie allant d'objets concrets et réels à des représentations plus abstraites. Namy, Campbell et Tomasello (2004) ont affirmé qu'aucun lien ne pouvait être admis entre l'acquisition précoce des mots et le type de symboles utilisé chez le jeune enfant (Romski & Sevcik, 2005).

### **1.3. Évaluation et intervention en Communication Alternative et Augmentée**

Afin de proposer une intervention en CAA conduisant à la mise en place d'un dispositif, une évaluation initiale est effectuée. L'objectif principal de cette évaluation est d'établir les besoins de communication de l'enfant dans différents contextes de vie. Elle est généralement interdisciplinaire et en étroite collaboration avec l'entourage de l'enfant (Jullien, 2018). Auparavant, l'évaluation s'effectuait à partir d'un modèle de candidature, modèle apparu dans les années 1970-1980, qui établissait des critères d'admissibilité pour recourir à un dispositif de CAA. Avec ce modèle, de nombreuses personnes se sont retrouvées exclues de toute intervention en CAA car elles ne validaient pas tous les critères d'admissibilité (Beukelman & Mirenda, 2017). Pour pallier cela et parce que toute personne a le droit de bénéficier d'une CAA, un modèle de participation (Annexe A) a été proposé par Rosenberg et Beukelman en 1987 et a connu plusieurs modifications. Il est désormais le modèle de référence, recommandé par l'American Speech-language-Hearing Association (ASHA) depuis 2004 (Beukelman & Light, 2020). Ce modèle évalue les besoins en communication de la

personne, les aides environnementales et les partenaires de communication ainsi que l'ensemble des capacités de l'enfant et les éventuels obstacles à l'introduction d'un dispositif de CAA. Différents moyens peuvent être utilisés : entretien avec l'enfant et sa famille, grilles d'observations, tests étalonnés, enregistrements vidéo... Cependant, les outils d'évaluation constituent un domaine qui demande à être exploré davantage (Beukelman & Mirenda, 2020; Jullien, 2018; Romski & Sevcik, 2005).

Le principal objectif de l'intervention est d'améliorer l'efficacité de la communication et d'augmenter la participation de la personne aux besoins complexes en communication. Celle-ci aura besoin du soutien de partenaires de communication. L'intervention en CAA s'articule autour de trois composantes : la sélection des dispositifs de CAA personnalisée à l'enfant, l'enseignement des stratégies et des compétences nécessaires dont l'individu a besoin pour communiquer de manière efficace et la formation des partenaires de communication pour une implémentation efficiente. Il s'agira à la fois de se concentrer sur l'augmentation des capacités naturelles de l'enfant et sur l'amélioration de sa communication grâce aux adaptations de CAA (Beukelman & Light, 2020; Cress, 2004). Aussi, les interventions sont très souvent des processus continus, à long terme et intervenir le plus précocement chez l'enfant lui permet d'être le plus tôt confronté à un étayage communicationnel (Beukelman & Mirenda, 2017; Cataix-Nègre, 2010; Romski & Sevcik, 2005).

## **2. État des lieux des dispositifs robustes**

### **2.1. Définition de la Communication Alternative et Augmentée robuste**

Un dispositif de CAA est défini comme linguistiquement robuste s'il remplit un ensemble de critères spécifiques. Tout d'abord, concernant le langage, les dispositifs de CAA robustes sont constitués à la fois d'un vocabulaire de base et d'un vocabulaire spécifique. Le vocabulaire de base « recouvre les mots et les messages qui sont utilisés par toute sorte de personnes et qui ont une fréquence d'utilisation très élevée » (Beukelman & Mirenda, 2017), l'ensemble de ces mots constitue entre 70 et 80% des conversations et très peu de noms en font partie (Jacobs, 2018). Le vocabulaire spécifique fait référence « aux mots et aux messages qui sont spécifiques ou uniques à une personne » et qui permettent de personnaliser le vocabulaire en fonction des intérêts de l'utilisateur et du contexte (Beukelman & Mirenda, 2017). Toutes sortes de mots sont présents (verbes, adjectifs, noms...) pour que l'utilisateur puisse s'exprimer

par des phrases grammaticalement correctes. Un langage pré-formulé est également présent et comporte des messages rapides déjà prêts à être employés permettant à l'utilisateur d'être efficace dans ses échanges et ses interactions. Ces dispositifs sont constitués d'un clavier avec des lettres donnant la possibilité de développer le langage écrit et la littératie, « aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante [...] en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (OCDE & Statistiques Canada, 2000).

D'autres critères, parallèles au langage, sont indispensables à un dispositif robuste. Pour faciliter l'apprentissage et l'utilisation du dispositif, il est nécessaire que les mots soient toujours situés au même endroit. Cela permet de développer la programmation motrice et l'utilisateur peut ainsi se concentrer exclusivement sur ce qu'il veut dire sans consacrer trop de temps à la recherche des mots ou pictogrammes à utiliser. Il est également conseillé pour les dispositifs high-techs que la voix choisie pour la synthèse vocale soit adaptée à la personne et puisse être modifiable dans le temps. Le dispositif de CAA robuste doit pouvoir être transportable. En effet, l'enfant doit pouvoir communiquer dans tous les contextes de vie et à tout moment de la journée. Enfin, les dispositifs de CAA robustes ont comme particularité de permettre l'utilisation de l'ensemble des fonctions de communication, et non seulement les demandes, telles que les fonctions émotive, référentielle, poétique, phatique, métalinguistique et conative (Bougnoux, 1993).

## **2.2. Histoire des systèmes de communication robustes**

Les systèmes de communication robustes sont apparus assez tardivement dans le domaine de la CAA. Ils présentent tous des critères similaires mais l'organisation du langage diffère selon les dispositifs. Les principaux systèmes de communication robustes, par ordre d'apparition, sont les suivants : MINSPEAK®, PODD®, AVAZ®, PROLOQUO2GO®, TD SNAP®, et SUPER CORE® (tableau comparatif créé par M.Suc-Mella (2019) en Annexe B).

MINSPEAK® peut être considéré comme le premier dispositif robuste, il a été créé par Bruce Baker au début des années 1980 et se définit comme « un système de langage iconique ». En effet, plusieurs sens sont attribués à chaque icône limitant ainsi le nombre d'icônes tout en ayant un vocabulaire riche (Halloran, 2004; Mathisen et al., 2009). Puis, dans les années 1990, le PODD® (Pragmatic Organization Dynamic Display) a été développé par Gayle Porter, orthophoniste. Ces classeurs de

communication, constitués d'un ensemble de tableaux avec une organisation pragmatique et dynamique du langage, à base de pictogrammes, permettent à l'individu d'accéder à un vocabulaire important et organisé de manière stratégique, d'exprimer ainsi une variété de messages et de soutenir les différentes fonctions de communication (Beukelman & Light, 2020; Porter, 2007). Fin des années 2000, avec l'essor des tablettes tactiles et smartphones, le dispositif AVAZ®, proposé par Ajit Narayanan, voit le jour en Inde. Celui-ci est composé de symboles imagés, d'une synthèse vocale ainsi que d'un clavier donnant la possibilité à l'utilisateur de composer un message écrit et de développer ses compétences linguistiques (Sreekumar, 2014). Puis, dans les années 2010, plusieurs applications ont été développées telles que PROLOQUO2GO®, créée par David Niemeijer, et TD SNAP® (anciennement SNAP + CORE FIRST®), basée sur des recherches de l'Université de Caroline du Nord et développée par la société Tobii Dynavox. Plus récemment, SUPER CORE®, innovée par la société Smartbox et l'orthophoniste Daisy Clay, rejoint les applications robustes. Les applications sur tablettes présentent de nombreux avantages : la possibilité d'afficher les icônes en grande taille, un poids léger qui permet un transport facile, un prix raisonnable, la présence d'une synthèse vocale, la possibilité de personnaliser l'outil et une meilleure acceptation du dispositif dans notre société (Kagohara et al., 2013; King et al., 2014; Tobii Dynavox, s. d.).

### **3. Enjeux dans l'accompagnement et dans la mise en place de dispositifs de Communication Alternative et Augmentée robuste**

#### **3.1. Rôle des partenaires de communication de l'enfant**

A l'instar du développement du langage oral de l'enfant tout-venant, un enfant aux besoins complexes en communication doit bénéficier d'un bain de langage adapté avec son dispositif. Ainsi, l'intervention des partenaires de communication, notamment l'entourage de l'enfant, paraît indispensable. Le terme « partenaires » est utilisé car, souvent, les interlocuteurs vont aider la personne utilisant le dispositif de CAA à construire le message et mettre du sens sur ce qu'elle veut dire (Beukelman & Light, 2020). Blackstone a déterminé 5 catégories de partenaires selon leur proximité avec l'individu avec, en premier, les membres de la famille puis les amis proches et parenté, les connaissances, les professionnels salariés et enfin, les partenaires non familiaux (Blackstone et al., 2012; Cataix-Nègre & Zucman, 2017).



Les membres de la famille apparaissent ainsi comme des partenaires essentiels dans la mise en place d'un dispositif de CAA. Ces dernières décennies, le rôle des familles s'est élargi et, aujourd'hui, un réel partenariat est attendu avec celles-ci (Mandak & Light, 2018). Ce sont des partenaires privilégiés et qui vont être généralement impliqués sur le long terme contrairement à d'autres partenaires de communication (Beukelman & Light, 2020). D'autres personnes demeurent importantes pour aider les enfants dans l'utilisation d'un dispositif de CAA : le personnel éducatif (enseignants en classe ordinaire, enseignants spécialisés) ainsi que les professionnels du paramédical et du médical qui interviennent dans les interactions quotidiennes. Ces interlocuteurs ont une place privilégiée dans le quotidien de l'enfant pour l'aider dans ses apprentissages, ses projets, la participation sociale, pour les traitements médicaux et la prise de décision. Comme pour les membres de la famille, ces partenaires nécessitent des connaissances et des compétences pour soutenir le développement de la communication et favoriser le bain de langage alternatif. Ils doivent être capables d'interagir avec succès avec la personne qui utilise un dispositif de CAA. Des observations d'interactions entre deux partenaires ont montré que certains pouvaient être des communicateurs compétents sans avoir nécessairement besoin d'instructions explicites. Cependant, beaucoup d'autres utilisent des comportements de communication qui sont insuffisants pour soutenir des interactions efficaces (Beukelman & Light, 2020; Kent-Walsh & Mcnaughton, 2005).

### **3.2. Mise en place des dispositifs robustes**

L'implémentation d'un dispositif robuste implique de nombreux paramètres (visuel de L.Perrin (2021) en Annexe C), dont un travail avec l'enfant et avec ses partenaires de communication. L'objectif est que le dispositif de CAA devienne un support pour communiquer et que l'enfant puisse prendre plaisir à interagir avec son entourage (Cataix-Nègre & Zucman, 2017). La notion de langage naturel assisté va être essentielle pour que l'enfant apprenne à utiliser ce nouveau mode de communication. Un enfant tout-venant peut développer son langage oral dès son plus jeune âge de manière naturelle grâce au bain de langage dans lequel il sera quotidiennement immergé. Cet environnement à la fois « émulateur de situations de communication » et « modélisateur de langage » permet à l'enfant d'entendre que son entourage lui parle mais aussi de voir comment le langage est utilisé (Cataix-Nègre, 2010). Le langage assisté passe par de la modélisation. Il s'agit là de fournir un modèle à

l'enfant : les partenaires de communication vont utiliser eux-mêmes le système de CAA en pointant les symboles ou mots sur le tableau ou la tablette tout en parlant en même temps. Cela va permettre à la fois de soutenir la compréhension de la personne aux besoins complexes en communication et de modéliser la production du message. Il est de la responsabilité des partenaires de communication d'expérimenter le dispositif pour que l'enfant l'utilise. Des études ont montré que le langage naturel assisté aurait un impact positif sur la compréhension du vocabulaire, sur la compréhension et la production de symboles, sur la production de messages, sur la longueur et la complexité des énoncés et permettrait une amélioration au niveau pragmatique. Il améliorerait à la fois le langage expressif et réceptif des utilisateurs d'un dispositif de CAA. Ainsi, il est important que la modélisation intervienne quotidiennement, dans différentes situations, et soit faite par différents partenaires de communication en plus de séances ou d'ateliers auxquels l'enfant pourrait participer (Cataix-Nègre, 2010; O et al., 2018; Senner et al., 2019; Senner & Baud, 2017).

Pour que l'implémentation d'un dispositif soit efficace, il faut s'assurer que les partenaires de communication connaissent la CAA et puissent utiliser le dispositif de manière fluide (Cataix-Nègre & Zucman, 2017). Par conséquent, des formations leur sont proposées. La recherche a montré que la formation des partenaires de communication était importante et permettait de « promouvoir une plus grande participation aux interactions quotidiennes des personnes qui utilisent les systèmes de CAA » (Light et al., 1992; Senner & Baud, 2017). La littérature indique également que la formation de partenaires de communication apparaît comme une composante essentielle de l'intervention et qu'elle conduirait à l'utilisation de stratégies facilitatrices. En 2005, Kent-Walsh et McNaughton ont proposé un modèle d'instruction en huit étapes destiné aux partenaires de communication qui a prouvé son efficacité dans l'apprentissage de la modélisation (Kent-Walsh & Mcnaughton, 2005; Senner et al., 2019). Ainsi, les interventions en CAA passent majoritairement par des services centrés sur la famille. Les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant et ce qui est nécessaire pour répondre aux besoins de celui-ci et à son bien-être. Ils ont un rôle à jouer dans les prises de décisions et dans la réponse aux besoins de leur enfant. Cette pratique centrée sur la famille s'articule autour du respect de la diversité des familles, la transmission des informations et l'engagement dans le partenariat parents/professionnels (Dempsey & Keen, 2008; Rouse, 2012; Ryan et al., 2018; Senner et al., 2019).

### **3.3. Orthophonie en Communication Alternative et Augmentée robuste**

L'orthophoniste détient un rôle important dans le dépistage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement des personnes qui ont besoin d'une intervention en CAA. D'après l'ASHA, il a pour missions d'offrir une formation aux professionnels médicaux et paramédicaux, aux professionnels éducatifs et aux familles sur l'utilisation de la CAA et son impact sur la qualité de vie ; de dépister les personnes qui pourraient bénéficier d'un dispositif de CAA ; d'effectuer une évaluation des capacités de communication de la personne ainsi qu'une évaluation de la CAA ; de faire le lien entre familles et fournisseurs des dispositifs, d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'intervention pour une communication efficace entre la personne utilisant le dispositif de CAA et ses partenaires de communication ; d'impliquer la personne utilisant le dispositif de CAA et sa famille dans la prise de décision ; de les conseiller sur toutes questions en lien avec la communication et le dispositif pour éviter tout abandon de la CAA ; d'être au sein d'une équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec la famille ; de participer à l'augmentation des connaissances en CAA et d'utiliser une pratique fondée sur les données probantes en littérature. L'ASHA attribue ainsi des actes précis aux orthophonistes concernant la CAA (American Speech-Language-Hearing Association | ASHA, s. d.).

En France, le référentiel de compétences orthophoniques (2013) évoque les systèmes alternatifs à seulement deux reprises : « les moyens augmentatifs ou alternatifs à la communication verbale sont identifiés, ces moyens sont utilisés de manière adaptée en cas de besoins » et « sélectionner les systèmes de facilitation, de compensation, les systèmes alternatifs et augmentatifs adaptés aux besoins du patient et/ou de son entourage » (Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013, 2013). Ainsi, en France, une définition globale du métier d'orthophoniste en CAA est proposée contrairement à l'outre-Atlantique où une définition spécifique des différents actes de l'orthophoniste est stipulée. L'orthophoniste a également un rôle de coordinateur (Code de la santé publique - Article L4341-1, 2021). De plus, il est admis que c'est à l'orthophoniste « d'impliquer les familles dans la planification, la prise de décision et la mise en œuvre des programmes » (Mandak & Light, 2018). Jullien ajoute également que la « collaboration avec les familles et les différents intervenants autour de l'enfant permet de définir des objectifs communs, travaillés et évalués en équipe » (Jullien, 2018). L'accompagnement de l'entourage a toute sa place en orthophonie pour que celui-ci soit informé des enjeux de la CAA et qu'il s'investisse dans le projet de soin de l'enfant.

En outre, différentes modalités d'exercice sont proposées aux orthophonistes : libéral, salariat ou mixte. Les compétences des orthophonistes restent pour autant similaires quel que soit le mode d'exercice. Aucune spécialisation en orthophonie n'existe pour le moment. Cependant, quelques particularités diffèrent selon le mode d'exercice. En effet, l'orthophoniste salarié exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui travaille ensemble sur les projets thérapeutiques des patients, conduisant ainsi à une prise en soin plus fonctionnelle. Il est souvent amené à travailler dans un domaine spécifique. L'orthophoniste libéral a moins d'opportunités de bénéficier de temps d'échanges interprofessionnels et est plus à même d'exploiter la diversité du champ de compétences orthophonique. En outre, concernant les formations continues, l'orthophoniste salarié peut profiter des actions prévues par le plan de formation de l'institution, notamment les actions de développement des compétences, alors que l'orthophoniste libéral doit entreprendre les démarches pour se former (Bresac & Chigros, 2012; Kremer et al., 2016). Par ailleurs, aucune littérature ne mentionne les spécificités de chaque mode d'exercice dans le domaine de la CAA.

#### **4. Problématique et hypothèses**

Les recherches en littérature ont montré que la CAA, domaine en plein développement, prend progressivement sa place dans le champ du handicap. La CAA robuste est encore peu documentée bien que l'utilisation de ses dispositifs s'accroisse d'année en année. La problématique que ce mémoire cherche à traiter concerne l'évolution du rôle de l'orthophoniste en CAA spécifiquement robuste en France. L'ASHA a défini de nombreux objectifs précis pour l'orthophoniste dans ce domaine tandis qu'en France, les orthophonistes doivent s'adapter face à une définition beaucoup plus générale du métier. Qu'en est-il de l'application de la CAA en France ? Est-ce qu'une redéfinition du métier dans ce domaine serait nécessaire ? Parmi les hypothèses principales, nous nous attendons à ce que les orthophonistes aient une vision davantage systémique de la prise en charge et qu'ils utilisent leurs propres stratégies d'intervention sans ligne de conduite précise. De plus, nous nous attendons à l'émergence d'interrogations sur l'expertise orthophonique en CAA, encore trop méconnue de nos jours, ainsi qu'à l'apparition d'une différenciation entre le libéral, où les professionnels sont beaucoup plus isolés, et le salariat, où le travail en équipe prime et où l'installation d'un dispositif de CAA serait davantage réussie.

### **III/ Méthode**

#### **1. Objectif de l'étude**

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux de la pratique professionnelle des orthophonistes utilisant la CAA robuste. Le domaine de la CAA est en constante évolution et, plus particulièrement, la CAA robuste qui est apparue ces dernières décennies en France. L'orthophoniste détient une place essentielle dans l'installation d'un dispositif de CAA et ses missions évoluent au fil des années, notamment avec l'apparition de nouveaux dispositifs de CAA. Cet état des lieux permettra donc de comprendre quels sont les objectifs de l'orthophoniste, les éventuelles limites dans la mise en place et l'utilisation des dispositifs de CAA robuste mais aussi l'analyse du lien que l'orthophoniste peut entretenir avec les différents partenaires de communication. Celui-ci s'effectue dans le but de savoir si une redéfinition des actes de l'orthophoniste en France dans ce domaine est nécessaire ou non et de comprendre davantage la place de la CAA robuste par l'orthophoniste. Un questionnaire d'analyse des pratiques professionnelles (APP) a donc été proposé à des orthophonistes dans ce but.

#### **2. Population**

Ce questionnaire est destiné à l'ensemble des orthophonistes travaillant en France et utilisant des dispositifs de CAA robuste dans leur pratique professionnelle auprès d'enfants de moins de 18 ans, quels que soient leur mode d'exercice et leur pays de formation (critères d'inclusion). Nous avons choisi de nous limiter au métier en France dans le but de traiter des problématiques spécifiquement liées à l'exercice orthophonique respectant les législations françaises (Nomenclature de la FNO, Code de la Santé Publique) et avoir ainsi des réponses d'orthophonistes respectant le même cadre législatif. De plus, nous avons concentré nos recherches sur la CAA auprès d'enfants de moins de 18 ans afin de cibler particulièrement le rôle de l'accompagnement parental et des partenariats éducatifs et médicaux. Tout mode d'exercice (libéral, salarial ou mixte) était accepté dans un objectif de pouvoir ensuite comparer les réponses en fonction du mode d'exercice et d'observer si celui-ci a un impact sur les connaissances en CAA et sur l'utilisation des dispositifs de CAA robuste. De plus, nous avons choisi d'axer ce mémoire sur la CAA robuste, il était donc essentiel que les orthophonistes répondant au questionnaire utilisent dans leur prise

en charge la CAA robuste. Ainsi, les orthophonistes n'exerçant pas en France et ne pratiquant pas de dispositifs de CAA robuste n'ont pas pu participer à cette étude (critères d'exclusion).

### **3. Matériel**

Le format du questionnaire a été choisi car il représentait un moyen fiable et accessible permettant de toucher facilement un nombre large d'orthophonistes et donc d'avoir la possibilité d'obtenir un nombre de réponses significatif. La réalisation du questionnaire a nécessité en amont de nombreuses recherches bibliographiques dans le domaine de la CAA et de la CAA robuste ainsi que des échanges constructifs, des entretiens non provoqués avec des orthophonistes ou partenaires de communication d'enfants utilisant des dispositifs de CAA. Ces discussions, lors de stages ou avec des parents d'enfants porteurs de handicap, nous ont permis de comprendre que le domaine de la CAA était en grande évolution et que de nombreux questionnements restaient encore à être étudiés notamment sur le choix des dispositifs, sur leur implémentation et sur les connaissances en CAA de manière générale. Avant l'élaboration du questionnaire, trois démarches sont à réaliser : « lire ce qui a été écrit auparavant sur le thème étudié » ; « écouter ce que les acteurs sociaux disent de leurs propres pratiques » et « élaborer progressivement une problématique » (de Singly, 2012). Ces recherches et échanges ont permis de soulever la problématique suivante : quelles sont les missions de l'orthophoniste dans le domaine de la CAA robuste et celles-ci ont-elles évolué ces dernières années ? Pour répondre à cette problématique, différentes thématiques ont été évoquées dans ce questionnaire et sont présentées ci-dessous.

Ce questionnaire a été réalisé avec le logiciel d'administration d'enquêtes « GoogleForm ». Il est composé principalement de questions fermées où les répondants doivent choisir parmi des réponses déjà établies. Une case « Autre » leur permet également d'ajouter un élément qui ne figurerait pas parmi les propositions afin qu'ils puissent être le plus exhaustif possible dans leurs réponses. Quelques questions ouvertes sont également présentes permettant aux répondants de répondre avec leurs propres mots. Des « questions de fait » sont proposées pour recueillir des informations sur la pratique professionnelle des orthophonistes répondant au questionnaire et des « questions d'opinion » permettent d'obtenir leur avis sur certaines idées (de Singly, 2012). En outre, l'échelle de Likert a été utilisée afin d'évaluer certaines propositions à partir de 4 degrés : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas

d'accord » et « pas du tout d'accord » et permettant ainsi d'avoir des résultats précis et significatifs à analyser. Dans ce questionnaire, les 44 questions fermées permettent d'obtenir une analyse quantitative des réponses et les 3 questions ouvertes, une analyse qualitative. Une question ouverte est proposée à la fin du questionnaire si certains répondants souhaitent ajouter une donnée qu'ils n'auraient pas eu la possibilité d'exprimer tout au long du questionnaire.

Le questionnaire s'articule autour de différents axes. Tout d'abord, deux questions préalables sont posées afin de s'assurer que les répondants exercent actuellement en France et utilisent des dispositifs de CAA robuste dans leur pratique orthophonique. Une définition de la CAA robuste avec la présentation des dispositifs qui en font partie est également exposée pour s'assurer que tous les répondants connaissent le terme « robuste » et utilisent bien ces dispositifs-ci dans leur pratique. Cela nous permet ainsi de n'avoir exclusivement que des réponses correspondant à nos critères d'inclusion. Puis, plusieurs questions sur le profil des orthophonistes sont posées afin d'avoir des données sur l'année d'obtention du diplôme et sur le mode d'exercice. Ensuite, des questions en lien avec leur utilisation de la CAA sont proposées, sur la manière dont ils ont découvert ce domaine, les formations qu'ils ont effectuées et si la CAA a été évoquée au sein de leur cursus universitaire. Des questions sur la pratique de la CAA et notamment de la CAA robuste dans les prises en soins, sur les missions attribuées aux orthophonistes et les aspects législatifs permettent de rendre compte de l'opinion des orthophonistes dans ce domaine. Des questions sur le partenariat avec d'autres professionnels de santé ou éducatifs ainsi qu'avec les familles permettent de discuter de la place que ceux-ci ont dans l'implémentation d'un dispositif de CAA robuste. Enfin, des questions plus ciblées sur les dispositifs de CAA robustes permettent d'avoir des données sur leur utilisation de ces dispositifs.

Ce questionnaire a été construit en arborescence avec certaines questions qui apparaissent en fonction de la réponse donnée à la question précédente. Cela a été fait dans l'objectif de proposer un questionnaire pertinent permettant aux répondants de n'avoir accès seulement aux questions qui les concernent. Les réponses étaient obligatoires, les répondants devaient nécessairement répondre à la question pour passer à la suivante. Cela nous permettait d'avoir la totalité de réponses pour chaque question et de nous assurer de la significativité et de la représentativité des réponses. De plus, aucune donnée personnelle n'a été demandée aux répondants afin de

privilégier l'anonymat. L'anonymité du questionnaire permet ainsi d'avoir une liberté d'expression sans jugement et de notre côté d'avoir des réponses authentiques.

Le questionnaire avec les questions détaillées est disponible en annexe (Annexe D).

De plus, un visuel a été créé (Annexe E) pour le partage du questionnaire sur les réseaux sociaux.

#### **4. Procédure**

En amont de l'envoi du questionnaire, nous avons dû nous renseigner sur les démarches administratives. Étant donné que le questionnaire était anonyme, seule une notice d'informations (Annexe F) était nécessaire et devait être jointe au questionnaire, accessible à tous les répondants. Cette notice d'informations présentait l'objectif de l'étude, son déroulement et la méthode utilisée ainsi que les aspects de législation et de confidentialité. De plus, le questionnaire a été soumis à la relecture d'une orthophoniste utilisant des dispositifs de CAA robuste avant la publication de celui-ci ainsi qu'à des personnes n'ayant pas de connaissances en CAA dans le but de s'assurer de la lisibilité et de la compréhension du questionnaire et d'évaluer la durée de passation de celui-ci.

Nous avons choisi de proposer ce questionnaire en ligne, par voie électronique et de manière auto-administrée. Il a été accessible du 10 janvier 2022 au 28 février 2022. Il a été proposé à de nombreux orthophonistes via différents groupes sur les réseaux sociaux (groupes pour les orthophonistes, pour les étudiants en orthophonie, sur la CAA, sur le handicap, sur les dispositifs de CAA robuste). Nous avons contacté ISAAC francophone ainsi que plusieurs organismes de formations en CAA (OséO formation, CAApables, Maddie Communique, Ideereka, Com' Avec les Autres) qui ont accepté de diffuser notre questionnaire à leurs réseaux d'orthophonistes. Nous avons également transmis le questionnaire aux syndicats d'orthophonie de tous les départements de France métropolitaine. Beaucoup nous ont répondu et ont diffusé le questionnaire à tous les orthophonistes de leur département. Nous avons fait appel également à nos connaissances orthophonistes qui ont gracieusement partagé le questionnaire à leurs collègues. Toutes ces démarches nous ont permis de toucher un grand nombre d'orthophonistes.

Les données anonymisées du questionnaire ont ensuite été codées dans le logiciel Microsoft Excel pour que celles-ci soient analysées et pour pouvoir croiser les différentes variables intéressantes pour notre étude.



## **5. Traitement des données**

Au total, 86 questionnaires ont été complétés en ligne. Après analyse des données, 22 répondants, soit 25,6 % des répondants, ont répondu « non » à l'une des deux premières questions : « Exercez-vous actuellement en France ? » et « Utilisez-vous des dispositifs de CAA robuste dans votre pratique orthophonique ? ». Cela correspondait aux critères d'exclusion. Parmi ces 22 répondants, 3 répondants n'exercent actuellement pas en France, ce qui correspond à 13,6 % des personnes ayant un des deux critères d'exclusion. 19 répondants n'utilisent pas de dispositifs de CAA robuste dans leur pratique orthophonique, ce qui correspond à 86,4 % des personnes ayant un des deux critères d'exclusion. Ces répondants n'ont donc pas eu accès à la suite du questionnaire. Ainsi, 64 questionnaires sont réellement analysables pour répondre à la problématique de notre étude, représentant 74,4% de la totalité de nos réponses.

## IV/ Résultats

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux de la pratique des orthophonistes en CAA robuste. Les données présentées ci-dessous permettent de rendre compte des résultats du questionnaire. Une présentation descriptive du profil des orthophonistes ayant répondu au questionnaire et de leurs connaissances en CAA sera proposée. Puis, une analyse de leur pratique en CAA et, plus particulièrement en CAA robuste, et de la mise en place des dispositifs sera exposée. Le test Chi-2 a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques et voir si certaines variables peuvent être mises en lien. L'hypothèse qu'une variable influencera une autre variable sera validée si le risque d'erreur est inférieur à 5% soit  $p < 0,05$ .

### 1. Profil des répondants

Parmi les 64 répondants, 86% ont été formés en France ( $n=55$ ), 13% en Belgique ( $n=8$ ) et 2% en Suisse ( $n=1$ ). La moitié des répondants (50%) ont obtenu leur diplôme entre 2010 et 2019 ( $n=32$ ), 9% l'ont obtenu entre 1980 et 1989 ( $n=6$ ), 6% entre 1990 et 1999 ( $n=4$ ), 25% entre 2000 et 2009 ( $n=16$ ) et 9% après 2019 ( $n=6$ ). Concernant la modalité d'exercice actuelle, 45% des participants exercent en libéral exclusivement ( $n=29$ ), 36% en salariat exclusivement ( $n=23$ ) et 19% pratiquent un exercice mixte ( $n=12$ ). Cependant, 84% des participants ont déjà exercé en structure ( $n=54$ ).

Parmi les 64 sujets, plus de la moitié a commencé à utiliser la CAA entre les années 2010 et 2019 (56%,  $n=36$ ), 5% ont commencé à l'utiliser entre les années 1990 et 1999 ( $n=3$ ), 22% entre les années 2000 et 2009 ( $n=14$ ) et 17% ont commencé à l'utiliser après 2019 ( $n=11$ ). Concernant la CAA robuste, la moitié des sujets a commencé à l'utiliser après 2019 (52%,  $n=33$ ), 42% entre 2010 et 2019 ( $n=27$ ), 5% entre les années 2000 et 2009 ( $n=3$ ) et 2% entre les années 1990 et 1999 ( $n=1$ ).

### 2. Enseignement reçu pendant le cursus universitaire

Concernant l'enseignement reçu pendant le cursus universitaire, 58% des répondants ont reçu un enseignement en CAA pendant leurs années d'études ( $n=37$ ) et 42% n'ont pas reçu d'enseignement en CAA ( $n=27$ ). D'après le Test Chi-2, comme le montre le **Tableau 1** en Annexe G, la variable « année d'obtention du diplôme » influence significativement la variable « présence d'un enseignement en CAA pendant les études » ( $p=0,03$ ,  $p < 0,05$ ).

Nous avons également testé l'influence de la réforme du cursus universitaire en France en 2013 sur l'enseignement en CAA. Parmi les 55 répondants ayant été formés en France, d'après le Test Chi-2, comme le montre le **Tableau 2** en Annexe G, la variable « obtention du diplôme avant/après 2013 » n'influence pas significativement la variable « présence d'un enseignement en CAA pendant les études » ( $p=0,4$  ;  $p>0,05$ ).

Aussi, pour 11% des répondants, la CAA robuste a été évoquée dans les cours ( $n=7$ ) alors que 89% des répondants n'ont pas eu de notion sur la CAA robuste ( $n=57$ ).

A la question « Avez-vous eu assez de connaissances de base en CAA en sortant de centre de formation universitaire ? », le **Tableau 3** montre que sur les 37 participants ayant eu un enseignement en CAA, la plupart (78%) n'ont pas eu l'impression d'avoir assez de connaissances en CAA à l'issue du diplôme.

### Tableau 3

*Répartition des répondants selon leur avis concernant leurs connaissances de base en CAA en sortant de centre de formation*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	2	6	17	12	37
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	5%	16%	46%	32%	100%

De plus, à la question « Avez-vous eu assez de connaissances de base en CAA robuste en sortant de centre de formation universitaire ? », le **Tableau 4** montre que sur les 7 répondants ayant eu un enseignement sur la CAA robuste, 5 n'ont pas eu l'impression d'avoir assez de connaissances en CAA robuste à l'issue du diplôme.

### Tableau 4

*Répartition des répondants selon leur avis concernant leurs connaissances de base en CAA robuste en sortant de centre de formation*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	1	1	2	3	7
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	14%	14%	29%	43%	100%

## 3. Formation continue

Concernant les formations suivies en CAA après l'obtention du diplôme, 86% des répondants ont suivi une ou des formation(s) ( $n=55$ ). A la question, « est-ce que la CAA robuste a été évoquée en formation ? », 84% ont répondu qu'elle a été évoquée ( $n=46$ ) et 16% ont répondu qu'elle n'avait pas été évoquée ( $n=27$ ).

Outre les formations proposées en CAA, nous nous sommes interrogées sur les autres moyens de formation possibles. Parmi les 64 répondants, 81% affirment se former à partir de recherches internet (n=52), 70% par des lectures bibliographiques (n=45), 64% auprès de collègues orthophonistes (n=41), 52% à partir de webinaires (n=33), 33% grâce à des conférences (n=21). D'autres moyens de formations ont été évoqués : les réseaux sociaux pour 5% des répondants (n=3), les patients et leurs familles pour 3% (n=2), un mémoire de fin d'études réalisé dans ce domaine pour 3% (n=2), des associations pour 2% (n=1), des revendeurs pour 2% (n=1) ou lors de stages pour 2% (n=1).

A la question « Vos formations en CAA ont-elles remis en question certaines de vos connaissances ? », comme le montre le **Tableau 5**, la quasi-totalité des participants (86%) ont répondu que les formations avaient conduit à une remise en question de certaines de leurs connaissances en CAA.

**Tableau 5**

*Répartition des répondants selon leur avis concernant leurs connaissances en CAA*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	31	24	7	2	64
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	48%	38%	11%	3%	100%

#### 4. Missions de l'orthophoniste en CAA

A la question « Les missions de l'orthophoniste en CAA ont-elles évolué ces dernières années ? », comme le montre le **Tableau 6**, la quasi-totalité des participants (87%) ont répondu que, selon eux, les missions de l'orthophoniste avaient évolué.

**Tableau 6**

*Répartition des répondants selon leur avis concernant l'évolution des missions de l'orthophoniste en CAA*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	36	20	7	1	64
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	56%	31%	11%	2%	100%

Nous avons demandé aux participants de proposer 3 missions en CAA qui leur semblaient importantes dans la mise en place d'un dispositif de CAA robuste. Nous avons regroupé les propositions données en catégories lorsque cela était possible. Parmi les propositions, nous pouvons ainsi noter que 45% des sujets ont répondu qu'il fallait accompagner l'entourage du patient dans l'acceptation et l'implémentation du

dispositif/créer un partenariat parental (n=29), 41% qu'il fallait former les partenaires du patient (professionnels entourant l'enfant, famille, équipes de la structure) (n=26), 34% qu'il fallait évaluer les compétences linguistiques et communicationnelles du patient, ses besoins et son environnement (n=22). Les autres catégories importantes sont les suivantes : choisir le dispositif de CAA adapté au patient en lien avec les partenaires (famille, professionnels accompagnant le patient) pour 27% (n=17), informer les partenaires du patient (professionnels entourant l'enfant, famille, équipes du lieu de vie) sur la CAA pour 25% (n=16), accompagner le patient dans la mise en place du dispositif pour 22% (n=14), modéliser pour 16% (n=10) et permettre une généralisation dans la vie quotidienne pour 16% (n=10). D'autres propositions évoquées par quelques participants sont présentes en Annexe G dans le **Tableau 7**. Nous avons également demandé aux participants de déterminer, selon eux, les trois principales missions de l'orthophoniste en CAA parmi les 11 définies par l'ASHA. 63% des participants ont répondu « Former les autres professionnels et l'entourage familial » (n=40), 53% ont répondu « Élaborer des plans d'intervention » (n=34) et 48% ont répondu « Conseiller les personnes qui utilisent la CAA et leurs familles/soignants » (n=31). Parmi les autres missions qui étaient proposées, 36% ont répondu « Impliquer les individus et les membres de leur famille dans la prise de décision » (n=23), 23% ont répondu « Faire partie d'une équipe interdisciplinaire » (n=15), 17% ont répondu « Dépister les personnes qui pourraient bénéficier de l'intervention d'un dispositif de CAA » (n=11), 17% ont répondu « Rester informé de la recherche dans le domaine de la CAA et aider à faire progresser la base de connaissances en CAA » (n=11), 9% ont répondu « Utiliser une pratique fondée sur des données probantes » (n=6) et 6% ont répondu « Effectuer une évaluation de la CAA » (n=4). Aucun participant n'a sélectionné les deux missions suivantes, proposées également par l'ASHA : « Effectuer une évaluation de la parole, de la langue et des capacités globales de communication de la personne » et « Faire le lien entre la famille et les fournisseurs des différents dispositifs ».

D'après le Test Chi-2, comme présenté dans le **Tableau 8** en Annexe G, la variable « mode d'exercice » n'influence pas la variable « missions de l'orthophoniste » ( $p=0,59$ ,  $p>0,05$ ). Ainsi, le choix des principales missions selon les participants n'est pas influencé par le mode d'exercice (libéral, salariat, mixte). Cependant, d'après le Test Chi-2, comme présenté dans le **Tableau 9** en Annexe G, la variable

« orthophoniste ayant déjà exercé en salariat » influence la variable « missions de l'orthophoniste » ( $p=0,00$ ,  $p<0,05$ ).

A la question « Serait-il nécessaire de redéfinir le rôle de l'orthophonie en CAA ? », comme le montre le **Tableau 10**, la très grande majorité des répondants (80%) pense qu'il serait nécessaire de redéfinir le rôle de l'orthophonie en CAA.

### Tableau 10

*Répartition des répondants selon leur avis concernant la nécessité de redéfinir le rôle de l'orthophonie en CAA*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
Nombre d'orthophonistes	25	26	12	1	64
Pourcentage d'orthophonistes	39%	41%	19%	2%	100%

D'après le Test Chi-2, comme présenté dans le **Tableau 11** en Annexe G, la variable « nombre de formations » influence la variable « redéfinition du rôle de l'orthophonie » ( $p=0,02$ ,  $p<0,05$ ). Ainsi, le nombre de formations aurait un impact sur l'avis des participants concernant la nécessité de redéfinir le rôle de l'orthophonie en CAA.

## 5. Partenariats

Parmi les 64 répondants, 91% affirment avoir dû proposer plus de partenariats avec les professionnels de santé ou éducatifs ( $n=58$ ) et 9% n'ont pas dû faire plus de partenariats ( $n=6$ ).

D'après le Test Chi-2, comme présenté dans le **Tableau 12** en Annexe G, la variable « formations suivies ou non » n'influence pas la variable « plus de partenariats effectués » ( $p=0,30$ ,  $p>0,05$ ). Ainsi, le fait de suivre des formations en CAA n'a pas d'impact sur la nécessité d'effectuer plus de partenariats. En outre, d'après le Test Chi-2, comme présenté dans le **Tableau 13** en Annexe G, la variable « orthophoniste ayant déjà exercé en salariat » influence la variable « plus de partenariats effectués » ( $p=0,01$ ,  $p<0,05$ ).

Nous avons demandé aux participants de citer les différents partenaires avec qui ils collaborent : 69% ont répondu avec les éducateurs spécialisés ( $n=40$ ), 55% avec les ergothérapeutes ( $n=32$ ), 45% avec les enseignants ( $n=26$ ), 24% avec les psychomotriciens ( $n=14$ ), 17% avec les psychologues ( $n=10$ ) et 14% avec les professionnels de la structure ( $n=8$ ). D'autres partenaires ont été cités par quelques répondants et sont présents en Annexe G dans le **Tableau 14**.

Parmi les 64 répondants, 92% affirment passer plus de temps avec les familles (n=59) alors que 8% ne passent pas plus de temps avec les familles (n=5). D'après le Test Chi-2, comme présenté dans les **Tableau 15 et Tableau 16** en Annexe G, la variable « formations suivies » n'influence pas la variable « temps passé avec les familles » ( $p=0,69$ ,  $p>0,05$ ). Ainsi, le fait d'avoir suivi des formations en CAA n'a pas d'impact sur le temps consacré aux familles. De plus, la variable « nombre de formations » n'influence pas la variable « temps passé avec les familles » ( $p=0,76$ ,  $p>0,05$ ). Ainsi, le nombre de formations effectuées en CAA n'a pas d'impact sur le temps consacré aux familles.

## 6. Lieux d'intervention

Parmi les 62 répondants, 67% pratiquent la CAA robuste uniquement sur leur lieu de travail (n=43) et 33% sur leur lieu de travail et à domicile (n=21). Aucun sujet ne pratique la CAA robuste uniquement à domicile. Parmi les personnes ayant répondu travailler à domicile, 22% des participants ont répondu travailler uniquement au domicile familial (n=7), 69% ont répondu qu'ils intervenaient également dans les écoles (n=22), 50% auprès d'autres professionnels qui suivent l'enfant (n=16), 3% dans les autres lieux d'accueil (crèche, périscolaire, centre aéré) (n=1) et 3% exceptionnellement dans des lieux de soins (dentiste, gynécologue) (n=1). A la question « Serait-il nécessaire que les orthophonistes interviennent beaucoup plus à domicile et dans les lieux de vie de l'enfant que sur leur lieu de travail ? », comme le montre le **Tableau 17**, la quasi-totalité des participants (92%) pense qu'il serait préférable d'intervenir sur les lieux de vie du patient plutôt que sur leur lieu de travail.

**Tableau 17**

*Répartition des répondants selon leur avis concernant l'intervention à domicile*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	44	15	3	2	64
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	69%	23%	5%	3%	100%

## 7. Choix du dispositif et sa mise en place

Parmi les 64 participants, 83% utilisent TD SNAP® (n=53), 58% utilisent le PODD® (n=37), 23% utilisent PROLOQUO 2 GO CRESCENDO® (n=15), 8% utilisent AVAZ® (n=5), 6% utilisent MINSPEAK® (n=4) et 5% utilisent SUPER CORE (n=3). Pour choisir le dispositif adapté au patient, 73% des participants s'appuient sur des

dispositifs abordés en formation (n=47), 64% choisissent en fonction du coût du dispositif (n=41), 42% à partir de recherches en littérature (n=27), 31% par le biais de collègues qui utilisent ces dispositifs-ci (n=20) et 31% à partir de la demande des familles qui souhaitent utiliser ce dispositif précisément (n=20).

Concernant la mise en place du dispositif, 95% des participants ont répondu le mettre en place à partir d'une utilisation du dispositif en séance individuelle basée sur les intérêts de l'enfant avec modélisation (n=61), 56% ont évoqué la formation des partenaires et des équipes (n=36), 55% ont répondu l'utilisation du dispositif lors de temps hors-séance (n=35), 47% ont évoqué les séances de coaching parental à partir de conseils, de livrets, de video modeling (n=30), 45% à partir d'objectifs donnés à la famille (n=29), 44% avec une utilisation du dispositif en séance individuelle à partir de matériel classique d'orthophonie (n=28), 39% en redirigeant les familles vers des aides externes (vidéos explicatives, sites internet, réseaux sociaux...) (n=25), 25% en séance à domicile pour modéliser et montrer comment créer un bain de langage (n=16), 5% ont répondu l'utiliser et le modéliser sur les lieux de vie de l'enfant (n=3), 2% en échangeant avec les familles (n=1), 2% en invitant les familles dans l'établissement médico-social de l'enfant pour présenter l'outil (n=1), 2% en faisant des demandes de formation auprès de la MDPH pour les parents (n=1) et 2% à partir de sorties en autonomie pour développer les échanges avec des tiers non-initiés (n=1).

A la question « Le coût a-t-il un impact sur le choix du dispositif ? », le **Tableau 18** montre que la très grande majorité des répondants trouve que le coût impacte le choix.

**Tableau 18**

*Répartition des répondants selon leur avis concernant l'impact du coût des dispositifs sur leur choix*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	34	26	3	1	64
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	53%	41%	5%	2%	100%

## 8. Limites et modifications

Nous avons interrogé les participants sur les éventuelles limites qu'ils pouvaient rencontrer dans la mise en place d'un dispositif de CAA. 31% des répondants ont évoqué le manque de temps (n=20), 31% les partenaires de communication non soutenant dans la mise en place du dispositif (n=20), 20% ont évoqué la faible reconnaissance de l'orthophonie en CAA, le manque de revalorisation avec une



rémunération insuffisante et une nomenclature non-aidante (n=13), 14% ont exprimé les difficultés de généralisation au quotidien, de suivi et manque de relais à domicile (n=9). 9% ont évoqué la nécessité d'accorder beaucoup de temps pour créer le dispositif et le mettre en place (n=6), 9% le manque de connaissances et de formations de l'orthophoniste (n=6), 8% l'isolement, notamment en libéral (n=5), 8% le manque de connaissances et de formations pour les professionnels entourant le patient (n=5), 8% les difficultés de collaboration/de travail en équipe (n=5), 6% le coût du matériel (n=4), 6% les difficultés financières, le manque de financements et d'aides (n=4), 5% le manque de lien avec l'entourage du patient (n=3), 5% le manque d'informations et de formations en libéral (n=3), 3% les contraintes conventionnelles (n=2), 3% la présence des mythes et a priori sur la CAA (n=2), 3% les difficultés à soutenir la famille sur le long terme pour que le dispositif ne soit pas abandonné, les difficultés pour garder la motivation des familles (n=2). 2% (n=1) ont répondu les limites suivantes : le manque d'intérêt du patient pour la communication, les déficiences sensorielles du patient, le temps et l'investissement personnel nécessaires, les difficultés à faire comprendre l'intérêt de la CAA auprès des parents, la nécessité de se spécialiser un minimum en handicap sévère et besoins complexes en communication.

Enfin, nous avons questionné les participants sur des éventuelles modifications de la nomenclature et du Code de la Santé Publique. Aux questions « Serait-il nécessaire de modifier la nomenclature des orthophonistes concernant la CAA ? » et « Serait-il nécessaire de modifier le Code de la Santé Publique concernant la CAA ? », la quasi-totalité des répondants souhaiterait une modification de la nomenclature des orthophonistes (93%) et du Code de la Santé Publique (92%) concernant la CAA (**Tableau 19 et Tableau 20** en Annexe G).

## **V/ Discussion**

### **1. Contextualisation**

L'objectif de notre étude était d'effectuer un état des lieux de la pratique orthophonique en CAA linguistiquement robuste. Celle-ci est apparue ces dernières années et le terme « robuste » est encore peu évoqué dans la littérature. Il était donc nécessaire de traiter des questionnements sur la CAA de manière générale pour comprendre les notions plus spécifiques à la CAA robuste. Un questionnaire a été proposé aux orthophonistes exerçant actuellement en France et utilisant les dispositifs dans leurs prises en soin auprès d'enfants. Les hypothèses étaient les suivantes : les orthophonistes auraient une vision davantage systémique de la prise en soin en CAA robuste ; les orthophonistes utiliseraient leurs propres stratégies d'intervention sans ligne de conduite précise encore ; une différenciation apparaîtrait entre exercice en libéral et exercice en salariat sur l'utilisation d'un dispositif de CAA robuste et une méconnaissance générale de l'expertise des orthophonistes en CAA engendrerait une nécessité de faire connaître et reconnaître la profession dans ce domaine.

### **2. Mise en lien des résultats avec les hypothèses**

#### **2.1. Profil des participants et connaissances en CAA, et plus particulièrement, linguistiquement robuste**

Les réponses au questionnaire ont permis de déterminer le profil des participants. Nous avons pu constater que la très grande majorité des répondants a été diplômée en France (86%). Cela nous a permis de traiter les questions concernant l'enseignement universitaire avec des données spécifiques à l'enseignement français. Aussi, plus de la moitié des répondants a été diplômée ces douze dernières années (59%). Les orthophonistes diplômés récemment semblent davantage engagés en CAA. De plus, les résultats au questionnaire ont montré que l'utilisation de la CAA robuste était plus récente que celle de la CAA générale. En effet, les participants ont commencé à utiliser la CAA en moyenne en 2013 alors que le début d'utilisation de la CAA robuste date en moyenne de 2018. Cela fait écho avec les données trouvées dans la littérature qui montrent qu'il y a un essor de la CAA, notamment linguistiquement robuste, ces dernières années (Beukelman & Light, 2020).

Concernant l'enseignement en CAA dispensé pendant les années d'études, il en est ressorti qu'une bonne majorité avait reçu un enseignement en CAA (58%). D'après le

test du Chi-2, l'année d'obtention du diplôme a une influence significative sur la présence ou non d'un enseignement en CAA pendant le cursus scolaire. Ainsi, il semblerait que la CAA soit de plus en plus présente dans les programmes d'enseignement. Toutefois, nous ne pouvons pas conclure à un éventuel lien entre l'enseignement en CAA dans les centres de formation universitaire français et la réforme de 2013 (avec la création du grade master en orthophonie) au regard des participants. En témoignent les unités d'enseignement de la maquette universitaire, la CAA est donc un domaine appartenant au programme d'enseignement français en orthophonie. En effet, il est mentionné dans la maquette la présentation des moyens alternatifs dans les unités d'enseignement concernant les troubles du langage oral et de la communication, les dysarthries neurologiques et les pathologies neurodégénératives (Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013, 2013). Par ailleurs, très peu de participants, qu'ils aient été diplômés en France, Belgique ou Suisse, ont entendu parler de la CAA robuste pendant leur cursus universitaire (11%) et ce terme n'est pas spécifié au sein de la maquette de 2013.

Par ailleurs, la grande majorité des répondants affirme avoir suivi une ou plusieurs formations post-diplôme (86%). Pour la majorité des répondants, les connaissances de base sur la CAA ont été insuffisantes en sortant du cursus scolaire (78%), de même pour la CAA robuste (72%). Cela montre bien que les connaissances sont limitées au sein de l'enseignement universitaire et qu'il est nécessaire de devoir se former en CAA si les orthophonistes veulent utiliser ces dispositifs. Cependant, dans 84% des cas, la CAA robuste a été évoquée en formation. Celle-ci a donc une place importante dans le domaine de la CAA. D'autres moyens de formations ont été évoqués (recherches personnelles, échanges avec des collègues ou l'entourage familial, webinaires et conférences) et montrent qu'il est aussi nécessaire de trouver des ressources par soi-même pour se former. L'utilité des formations reste néanmoins reconnue par l'ensemble des répondants, celles-ci permettent de mettre à jour leurs connaissances et de remettre en question certaines de leurs représentations de la CAA.

## **2.2. Hypothèse 1 : les orthophonistes auraient une vision davantage systémique de la prise en soin en CAA**

La première hypothèse concerne la vision de la prise en soin orthophonique en CAA par les orthophonistes qui serait davantage systémique, c'est-à-dire centrée sur l'enfant mais également sur son environnement familial. D'après les résultats du questionnaire, une grande majorité des répondants (92%) affirme passer plus de

temps avec les familles. Cela fait sens avec ce qu'affirment Mandak et Light pour qui les membres de la famille représentent des partenaires essentiels dans l'implémentation d'un dispositif de CAA (Mandak & Light, 2018). De plus, la majorité des répondants affirme mettre en place la CAA robuste uniquement sur le lieu de travail (67%), un tiers intervient également à domicile en parallèle du lieu de travail (33%). Cependant, la quasi-totalité des participants pense qu'il faudrait intervenir plus sur les lieux de vie de l'enfant que sur leur lieu de travail. Cela rejoint l'importance de la modélisation par l'entourage de l'enfant. En effet, il revient aux partenaires de communication de manipuler le dispositif et modéliser la communication pendant toutes activités pour que l'enfant l'utilise ensuite (Senner et al., 2019). Intervenir à domicile est donc plus pertinent pour travailler en situation écologique.

De plus, la quasi-totalité des participants (91%) affirme avoir dû effectuer plus de partenariats, notamment avec les professionnels de santé et les professionnels éducatifs. Les partenaires sont diversifiés mais nous retrouvons principalement les professionnels du paramédical, les enseignants et les éducateurs spécialisés. Auparavant, l'orthophoniste travaillait seul mais nous tendons de plus en plus vers une prise en soin indirecte avec la nécessité de s'entourer de partenaires et de travailler en équipe, d'autant plus que la communication se définit comme un ensemble d'échanges entre partenaires de communication et que la qualité des échanges dépendra en grande partie des capacités interactionnelles du partenaire de communication (Kent-Walsh & Mcnaughton, 2005). Ainsi, il est primordial que les professionnels entourant l'enfant et les familles soient formés à la CAA (Ronski & Sevcik, 2005). Cette hypothèse est donc validée : les orthophonistes font de plus en plus appel aux personnes entourant l'enfant dans une vision systémique de la prise en soin orthophonique.

### **2.3. Hypothèse 2 : les orthophonistes utiliseraient leurs propres stratégies d'intervention sans ligne de conduite précise**

La seconde hypothèse concerne les différentes stratégies utilisées par les orthophonistes pour mettre en place un dispositif de CAA, notamment linguistiquement robuste. En effet, les recherches ont montré qu'il n'y avait pas, en France, de stratégies spécifiques évoquées ni de lignes de conduite précises à tenir pour choisir et ensuite mettre en place un dispositif de CAA robuste. D'après les résultats analysés, le choix du ou des dispositif(s) s'effectue principalement en fonction des dispositifs abordés en formation et de leur coût. Les recherches en littérature, les échanges auprès de

collègues utilisant ces dispositifs et la prise en compte de la demande de la famille interviennent également dans le choix. Pour la quasi-totalité des participants (94%), le coût a un impact sur le choix du dispositif. Nous le retrouvons d'ailleurs dans nos résultats où 86% des participants travaillent avec le dispositif TD SNAP®, un des dispositifs le plus avantageux au niveau du coût. Cela constitue une des grandes limites à la mise en place du dispositif, évoquée également dans de précédentes études, qui peut avoir une réelle influence sur le choix du dispositif (Romano & Chun, 2018).

Concernant la mise en place du dispositif, les participants ont répondu principalement l'effectuer en séance individuelle basée sur les intérêts de l'enfant, en modélisant et également lors de temps hors-séance, par exemple dans la salle d'attente. La formation des partenaires, le coaching parental, les objectifs donnés à la famille sont aussi importants pour les participants. Cela confirme les travaux de recherche antérieurs qui affirment l'importance de l'accompagnement parental et du service centré sur la famille (Dempsey & Keen, 2008; Rouse, 2012; Ryan et al., 2018; Senner et al., 2019). Rediriger les familles vers des aides externes et proposer des séances à domicile pour modéliser et créer un bain de langage sont également énoncés par les répondants. Cela rejoint ce qui a été évoqué dans la littérature concernant l'importance de modéliser et de favoriser ainsi un bain de langage alternatif (Cataix-Nègre, 2017; Senner et al., 2019). Les résultats permettent donc de confirmer cette deuxième hypothèse selon laquelle les participants utilisent leurs propres stratégies d'intervention. Il n'existe donc pas de lignes de conduite précises pour mettre en place un dispositif de CAA linguistiquement robuste en France.

Par ailleurs, de nombreuses limites entravent la mise en place d'un dispositif. Les données du questionnaire correspondent aux obstacles évoqués dans la littérature, notamment dans l'étude de Romano et Chun (2018) : partenaires de communication non soutenant dans l'implémentation du dispositif rendant ainsi une généralisation difficile, manque de lien avec l'entourage, manque de connaissances et de formations pour l'entourage du patient, coût du dispositif, présence des mythes en CAA ancrés chez certaines familles (Romano & Chun, 2018). Sont également évoqués dans le questionnaire des limites liées au manque de temps et à la fabrication et mise en place trop chronophages du dispositif, à la faible reconnaissance de l'orthophonie en CAA et à son manque de revalorisation, au manque de connaissances et de formations pour les orthophonistes et à l'isolement auquel sont confrontés de nombreux

orthophonistes en libéral. Nous pouvons supposer que le manque de temps est en lien étroit avec le manque de connaissances et de pratique du dispositif. Certaines de ces limites renvoient aux barrières d'attitude, de connaissances et de politique évoquées dans le modèle de participation (Beukelman & Light, 2020).

#### **2.4. Hypothèse 3 : il existerait une différenciation entre exercice libéral et exercice salarié dans l'utilisation d'un dispositif de CAA robuste**

La troisième hypothèse s'intéresse aux différences qui pourraient exister entre les orthophonistes exerçant en libéral et ceux exerçant en salariat. En effet, les orthophonistes libéraux sembleraient beaucoup plus isolés et démunis dans l'implémentation d'un dispositif de CAA, notamment robuste, alors que les orthophonistes travaillant en salariat, au sein d'une équipe qui collabore, auraient moins de difficultés pour se former et pour installer un dispositif de CAA. D'après le profil des répondants concernant le mode d'exercice actuel, nous pouvons retrouver une certaine hétérogénéité des réponses : 45% exercent en libéral, 36% en salariat et 19% en exercice mixte. Les données de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques) au 1<sup>er</sup> janvier 2021 comptabilisaient 27 642 orthophonistes exerçant en France dont 22 307 en exercice libéral ou mixte (81%) et 5 335 en exercice salarial (19%) (Démographie des professionnels de santé - DREES, 2021). Notre questionnaire regroupe 64% d'orthophonistes exerçant en libéral ou mixte et 36% d'orthophonistes exerçant en salariat. Nous avons donc une surreprésentation des salariés et une sous-représentation des libéraux par rapport aux données générales en France. Cela peut peut-être s'expliquer par une approche de la CAA plus efficace en salariat qu'en libéral. D'après les résultats statistiques déterminés à partir du test Chi 2, nous ne pouvons pas conclure à une influence du mode d'exercice sur les réponses des participants. Par ailleurs, nous pouvons constater qu'une grande majorité des participants a déjà exercé en structure (84%) et cela a eu une influence sur les données concernant les missions principales choisies par les participants et les partenariats effectués. En outre, il est important de noter qu'une des grandes limites qui revient dans notre questionnaire est le sentiment d'isolement en libéral, sentiment non exprimé en salariat, mettant en avant une distinction importante tout de même entre les différents modes d'exercice. Ainsi, cette hypothèse peut être partiellement validée mais nécessiterait des données complémentaires et des groupes plus homogènes pour avoir des données plus significatives.

## **2.5. Hypothèse 4 : les orthophonistes seraient favorables à la reconnaissance et à la diffusion de l'expertise des orthophonistes en CAA, notamment linguistiquement robuste**

Notre dernière hypothèse concerne la connaissance et la reconnaissance de l'expertise des orthophonistes en CAA, notamment linguistiquement robuste. Tout d'abord, la quasi-totalité des répondants (87%) estime que les missions de l'orthophoniste en CAA ont évolué ces dernières années. En les questionnant sur les missions que pourrait avoir l'orthophoniste, nous avons pu remarquer que les réponses étaient très variées et mettaient en avant la diversité des missions de l'orthophonie dans ce domaine : accompagnement de l'entourage du patient dans l'acceptation et l'implémentation du dispositif, formation des partenaires, évaluation des compétences linguistiques et communicationnelles du patient, de ses besoins et de son environnement, choix du dispositif en partenariat avec l'entourage, informer les partenaires sur la CAA et bien d'autres. En comparant les réponses des participants avec les missions proposées par l'ASHA, nous pouvons constater que les principales missions sont connues par les orthophonistes exerçant en France même si celles-ci ne sont pas réellement définies dans un document officiel. Aussi, il apparaît essentiel pour la grande majorité des participants de redéfinir le rôle de l'orthophonie dans ce domaine (80%). En effet, la CAA et notamment la CAA linguistiquement robuste est en constante évolution, avec des dispositifs technologiques qui ne cessent d'être créés ou optimisés (Beukelman & Light, 2020). L'orthophoniste doit donc s'adapter en permanence. Par ailleurs, les résultats au questionnaire ont pu montrer, d'après le test du Chi 2, que le nombre de formations avait un impact sur les réponses concernant la nécessité de redéfinir le rôle de l'orthophoniste. Ainsi, effectuer plus de formations permettrait d'avoir plus de connaissances consolidées et donc d'avoir une réponse plus juste. Cela appuie le manque de définitions de l'orthophonie en CAA. De plus, les répondants ont mis en évidence le manque de revalorisation de l'orthophonie dans ce domaine. En effet, la quasi-totalité des participants a répondu favorablement à la nécessité de modifier la nomenclature (93%) et le Code de la Santé Publique pour les données concernant l'orthophonie (92%). Ces chiffres montrent que c'est une problématique bien réelle et qu'il est important de la faire connaître. Ainsi, notre hypothèse est validée. Il serait nécessaire de faire connaître et reconnaître l'expertise des orthophonistes en CAA, notamment linguistiquement robuste.

### 3. Limites et ouverture

Plusieurs limites sont survenues dans la construction du questionnaire et l'analyse des résultats. Tout d'abord, un état des lieux sur la CAA linguistiquement robuste implique forcément de parcourir un ensemble de questionnements et notamment sur la CAA de manière globale. Il a donc été nécessaire de faire un choix sur les éléments proposés dans le questionnaire afin que celui-ci ne soit pas trop dense et ne décourage pas les répondants. De plus, le format du mémoire ne nous a pas permis de traiter l'ensemble des questions évoquées dans le questionnaire. Nous avons dû nous concentrer essentiellement sur les questions qui permettaient de répondre aux hypothèses, malgré la pertinence des autres questions dans cet état des lieux. Par ailleurs, certaines questions ont été mal formulées ou manquaient de précisions et ne nous ont pas permis de proposer toutes les corrélations voulues et d'avoir des données pertinentes à mettre en lien. Aussi, le profil des répondants ne nous a pas permis d'effectuer des groupes équitables pour plusieurs caractéristiques, comme le pays de formation, nous empêchant d'analyser ces données-là de manière plus approfondie. Différentes perspectives s'offrent à la suite de ce mémoire. Tout d'abord, nous avons choisi d'axer ce dernier sur la mise en place d'un dispositif de CAA robuste auprès d'un enfant. Il pourrait être intéressant de traiter ce sujet-là également chez l'adulte et de comparer les résultats afin de voir si les stratégies de mise en place sont similaires ou non. De plus, comme il a été mentionné dans des réponses au questionnaire, la création d'une spécialité en CAA en orthophonie, en libéral comme en salariat, et la création de postes en salariat d'orthophonistes essentiellement dédiés à la CAA, à l'instar de certains centres à l'étranger qui développent des programmes spéciaux dans ce domaine, pourraient être des atouts majeurs pour une pratique de la CAA efficace. De même, le Code de la Santé Publique affirme le rôle de coordinateur de l'orthophoniste (Code de la santé publique - Article L4341-1, 2021), il serait donc important de valoriser cette compétence. Enfin, l'actualité montre que, malgré son retard comparé à d'autres pays, la France entre dans une démarche de généralisation de la CAA. Dès 2022, six pôles de référence de prêt de matériel de CAA vont être créés permettant ainsi d'aider les familles et les professionnels à choisir le(s) dispositif(s) de l'enfant en diminuant les différents obstacles que ceux-ci rencontrent dans l'implémentation d'un dispositif de CAA (Ministère en charge des Personnes handicapées, 2022). Il pourrait être intéressant d'observer l'impact de ces pôles de référence sur le développement de la CAA robuste.



## VI/ Conclusion

La Communication Alternative et Augmentée robuste regroupe un ensemble de dispositifs aux caractéristiques spécifiques qui se déploient progressivement dans le domaine de la CAA. L'utilisation de ces dispositifs nécessite la présence continue d'un bain de langage alternatif avec une modélisation de la part de l'entourage de l'enfant dans l'objectif de conduire à la généralisation du dispositif au quotidien. Pour permettre cela, la présence de l'orthophoniste paraît indispensable.

Un questionnaire à destination des orthophonistes exerçant en France a permis la réalisation d'un état des lieux de la pratique orthophonique en CAA robuste. Les résultats ont pu mettre en avant le rôle de l'intervention orthophonique indirecte auprès de l'entourage de l'enfant (famille, professionnels médicaux et éducatifs) pour une implémentation efficace du dispositif et une généralisation dans les activités quotidiennes de l'enfant. Les orthophonistes semblent donc avoir une vision davantage systémique de la prise en soin en CAA robuste. De plus, le manque de définitions précises des missions de l'orthophoniste en CAA, contrairement à ce qu'il peut exister dans d'autres pays, appuie la nécessité de redéfinir le rôle des orthophonistes en CAA ainsi que de valoriser leur expertise dans le domaine. Par ailleurs, même si ce mémoire n'a pas pu démontrer précisément une différenciation entre l'exercice libéral et l'exercice en salariat, questionnement qu'il serait intéressant d'approfondir, les réponses des participants ont permis pour autant de mettre en évidence l'isolement des orthophonistes en libéral qu'il serait important de pallier.

Ainsi, non seulement la CAA linguistiquement robuste mérite d'être reconnue en orthophonie mais il serait également nécessaire que ce champ de compétences soit valorisé et clairement défini dans cette profession. En effet, les données de la littérature et de la pratique de l'orthophonie en CAA montrent que la profession dispose d'une place essentielle dans l'implémentation d'un dispositif de CAA. Une généralisation de l'enseignement en CAA et un changement au niveau législatif en France pourraient à la fois permettre une meilleure reconnaissance de la profession en CAA mais faciliteraient d'autant plus l'implémentation des dispositifs notamment linguistiquement robustes.

## Références

- American Speech-Language-Hearing Association | ASHA. (s. d.). American Speech-Language-Hearing Association. *American Speech-Language-Hearing Association*. Consulté 15 janvier 2022, à l'adresse <https://www.asha.org/>.
- Baldassarri, S., Marco, J., Cerezo, E., & Moreno, L. (2014). Accessibility Evaluation of an Alternative and Augmentative Communication (AAC) Tool. In C. Stephanidis & M. Antona (Éds.), *Universal Access in Human-Computer Interaction. Design for All and Accessibility Practice* (529-540). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-07509-9\\_50](https://doi.org/10.1007/978-3-319-07509-9_50).
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2012). *Augmentative and Alternative Communication*.
- Beukelman, D. R., & Light, J. C. (2020). *Augmentative & Alternative Communication : Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. Paul H. Brookes Publishing Company, Incorporated.
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2017). *Communication alternative et améliorée. Aider les enfants et les adultes avec des difficultés de communication*. De Boeck Supérieur.
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative & alternative communication : Supporting children and adults with complex communication needs*. Paul H. Brookes Publishing Company.
- Bianco, A., Blache, P., Marty, J., & Rauzy, S. (2007). Les outils de communication alternative. *Les Dysarthries* (1-11). Solal.
- Blackstone, S. W., Hunt-Berg, M., & Attainment Company. (2012). *Social networks : A communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners*. Attainment Co.

- Bougnoux, D. (1993). *Essais de linguistique générale (1960)*. 138-146.
- Bresac, M., & Chigros, M. (2012). *Prescrire l'orthophonie : Pour qui ? Pour quoi ? Création d'un DVD en vue de présenter aux médecins la profession d'orthophoniste, ses missions, ses champs d'intervention. Pour une interdisciplinarité de qualité*. (Mémoire d'Orthophonie). Université Lille 2 Droit et Santé, Lille, France.
- Cataix-Nègre, E. (2010). *Bébés et jeunes enfants en difficulté de communication : « Accessibilisation » de l'information et Communication Alternative et Améliorée (CAA)*. 17.
- Cataix-Nègre, É. (2017). L'introduction des aides à la communication chez le communicateur émergent. *Contraste*, 45(1), 203-223.
- Cataix-Nègre, É., & Zucman, E. (2017). *Communiquer autrement : Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives*. De Boeck Supérieur.
- Code de la santé publique—Article L4341-1, Article L4341-1 Code de la santé publique (2021). Consulté 10 février 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043424051](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424051).
- Cress, C. J. (2004). Augmentative and Alternative Communication and Language : Understanding and Responding to Parents' Perspectives. *Topics in Language Disorders*, 24(1), 51-61.
- Cress, C. J., & Marvin, C. A. (2003). Common Questions about AAC Services in Early Intervention. *Augmentative and Alternative Communication*, 19(4), 254-272. <https://doi.org/10.1080/07434610310001598242>.

- Cuny, F., Dumont, A., & Mouren, M. C. (2004). Les techniques d'aide aux jeunes enfants sans langage. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(7), 490-496. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.001>.
- Démographie des professionnels de santé—DREES. (2021). Consulté 11 avril 2022, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A Review of Processes and Outcomes in Family-Centered Services for Children With a Disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(1), 42-52. <https://doi.org/10.1177/0271121408316699>.
- de Singly, F. (2012). *L'enquête et ses méthodes: Le questionnaire* (3ème édition). Armand Colin.
- Ganz, J. B., Morin, K. L., Foster, M. J., Vannest, K. J., Genç Tosun, D., Gregori, E. V., & Gerow, S. L. (2017). High-technology augmentative and alternative communication for individuals with intellectual and developmental disabilities and complex communication needs: A meta-analysis. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(4), 224-238. <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1373855>.
- Halloran, J. (2004). *Minspeak and unity*.
- Jabbla. (2021). SCORE. *Jabbla*. Consulté 18 février 2022, à l'adresse <https://www.jabbla.com/woordenschat/score/>.
- Jacobs, J. (2018). *Core Words for Classroom & Home: Developing Verbal Communication Skills and Augmentative and Alternative Communication (AAC) Abilities*. Blue Lake Publishing.
- Jullien, S. (2018). *La pratique logopédique dans le cadre de Communication Alternative et Augmentée*. 11.

- Kagohara, D. M., van der Meer, L., Ramdoss, S., O'Reilly, M. F., Lancioni, G. E., Davis, T. N., Rispoli, M., Lang, R., Marschik, P. B., Sutherland, D., Green, V. A., & Sigafoos, J. (2013). Using iPods® and iPads® in teaching programs for individuals with developmental disabilities : A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 34*(1), 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.027>.
- Kent-Walsh, J., & Mcnaughton, D. (2005). Communication Partner Instruction in AAC : Present Practices and Future Directions. *Augmentative and Alternative Communication, 21*(3), 195-204. <https://doi.org/10.1080/07434610400006646>.
- King, M. L., Takeguchi, K., Barry, S. E., Rehfeldt, R. A., Boyer, V. E., & Mathews, T. L. (2014). Evaluation of the iPad in the acquisition of requesting skills for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(9), 1107-1120. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.011>.
- Kremer, J.-M., Lederlé, E., Maeder, C., & Ferrand, P. (orthophoniste). (2016). *Guide de l'orthophoniste. De la formation à la vie professionnelle*. Lavoisier, médecine sciences.
- Light, J., Dattilo, J., English, J., Gutierrez, L., & Hartz, J. (1992). Instructing Facilitators to Support the Communication of People Who Use Augmentative Communication Systems. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 35*(4), 865-875. <https://doi.org/10.1044/jshr.3504.865>.
- Loncke, F. (2022). *Augmentative and Alternative Communication: Models and Applications* (2nd edition). Plural Publishing, Inc.
- Mandak, K., & Light, J. (2018). Family-centered services for children with complex communication needs : The practices and beliefs of school-based speech-

- language pathologists. *Augmentative and Alternative Communication*, 34(2), 130-142. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1438513>.
- Mathisen, B., Arthur-Kelly, M., Kidd, J., & Nissen, C. (2009). Using MINSPEAK : A case study of a preschool child with complex communication needs. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4(5), 376-383. <https://doi.org/10.1080/17483100902807112>.
- Millar, D. C., Light, J. C., & Schlosser, R. W. (2006). The Impact of Augmentative and Alternative Communication Intervention on the Speech Production of Individuals With Developmental Disabilities : A Research Review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49(2), 248-264. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2006/021\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2006/021)).
- Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013, (2013). Ministère en charge des Personnes handicapées. (2022). *Comité interministériel du handicap*.
- O, 'Neill Tara, Light, J., & Pope, L. (2018). Effects of Interventions That Include Aided Augmentative and Alternative Communication Input on the Communication of Individuals With Complex Communication Needs : A Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(7), 1743-1765. [https://doi.org/10.1044/2018\\_JSLHR-L-17-0132](https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-17-0132).
- OCDE & Statistiques Canada. (2000). *La littératie à l'ère de l'information : Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes*. OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264281769-fr>.
- Porter, G. (2007). *Pragmatic Organisation Dynamic Display Communication Books. Tableaux de communication Dynamiques à Organisation Pragmatique*. (Cérébral Palsy Education Centre).

- Powell, G. (2004). Actualité et Développements Récents de la Recherche Encourageant l'Utilisation des Signes Auprès d'Adultes et d'Enfants Souffrant de Troubles Intellectuels et de la Communication. *Makaton Vocabulary Development Project*.
- Romano, N., & Chun, R. Y. S. (2018). Augmentative and Alternative Communication use : Family and professionals' perceptions of facilitators and barriers. *CoDAS*, 30. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162017138>.
- Romski, M., & Sevcik, R. A. (2005). Augmentative Communication and Early Intervention : Myths and Realities. *Infants & Young Children*, 18(3), 174-185.
- Rouse, L. (2012). Family-Centred Practice : Empowerment, Self-Efficacy, and Challenges for Practitioners in Early Childhood Education and Care. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 13(1), 17-26. <https://doi.org/10.2304/ciec.2012.13.1.17>.
- Ryan, S. E., Shepherd, T. A., Renzoni, A. M., Servais, M., Kingsnorth, S., Laskey, C., Ward, K., & Bradley, K. (2018). Responsiveness of a parent-reported outcome measure to evaluate AAC interventions for children and youth with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 34(4), 348-358. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1520296>.
- Schlosser, R. W., & Wendt, O. (2008). Effects of Augmentative and Alternative Communication Intervention on Speech Production in Children With Autism : A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 212-230. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/021)).
- Senner, J. E., & Baud, M. R. (2017). The Use of an Eight-Step Instructional Model to Train School Staff in Partner-Augmented Input. *Communication Disorders Quarterly*, 38(2), 89-95. <https://doi.org/10.1177/1525740116651251>.

- Senner, J. E., Post, K. A., Baud, M. R., Patterson, B., Bolin, B., Lopez, J., & Williams, E. (2019). Effects of parent instruction in partner-augmented input on parent and child speech generating device use. *Technology and Disability*, 31(1-2), 27-38. <https://doi.org/10.3233/TAD-190228>.
- Sreekumar, S. (2014). Using AVAZ to Enhance Communicative Abilities of a Child with Cerebral Palsy. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 25(1), 95. <https://doi.org/10.5463/dcid.v25i1.289>.
- Tobii Dynavox. (s. d.). *TD Snap communication platform | AAC apps/software*. Tobii Dynavox FR. Consulté 15 février 2022, à l'adresse <https://fr.tobiidynavox.com/pages/td-snap>.
- Zangari, C. (2014). *Linguistically-robust AAC Systems*. PrAACtical AAC. Consulté 22 février 2022, à l'adresse <https://praacticalaac.org/practical/linguistically-robust-aac-systems/>.



## Annexes

Annexe A : Modèle de participation .....	1
Annexe B : Tableau comparatif des dispositifs robustes .....	2
Annexe C : Visuel sur les différents paramètres qu'implique la mise en place d'un dispositif de CAA robuste.....	3
Annexe D : Questionnaire.....	4
Annexe E : Visuel du questionnaire.....	12
Annexe F : Notice d'informations.....	13
Annexe G : Tableaux des résultats .....	15

## Annexe A : Modèle de participation

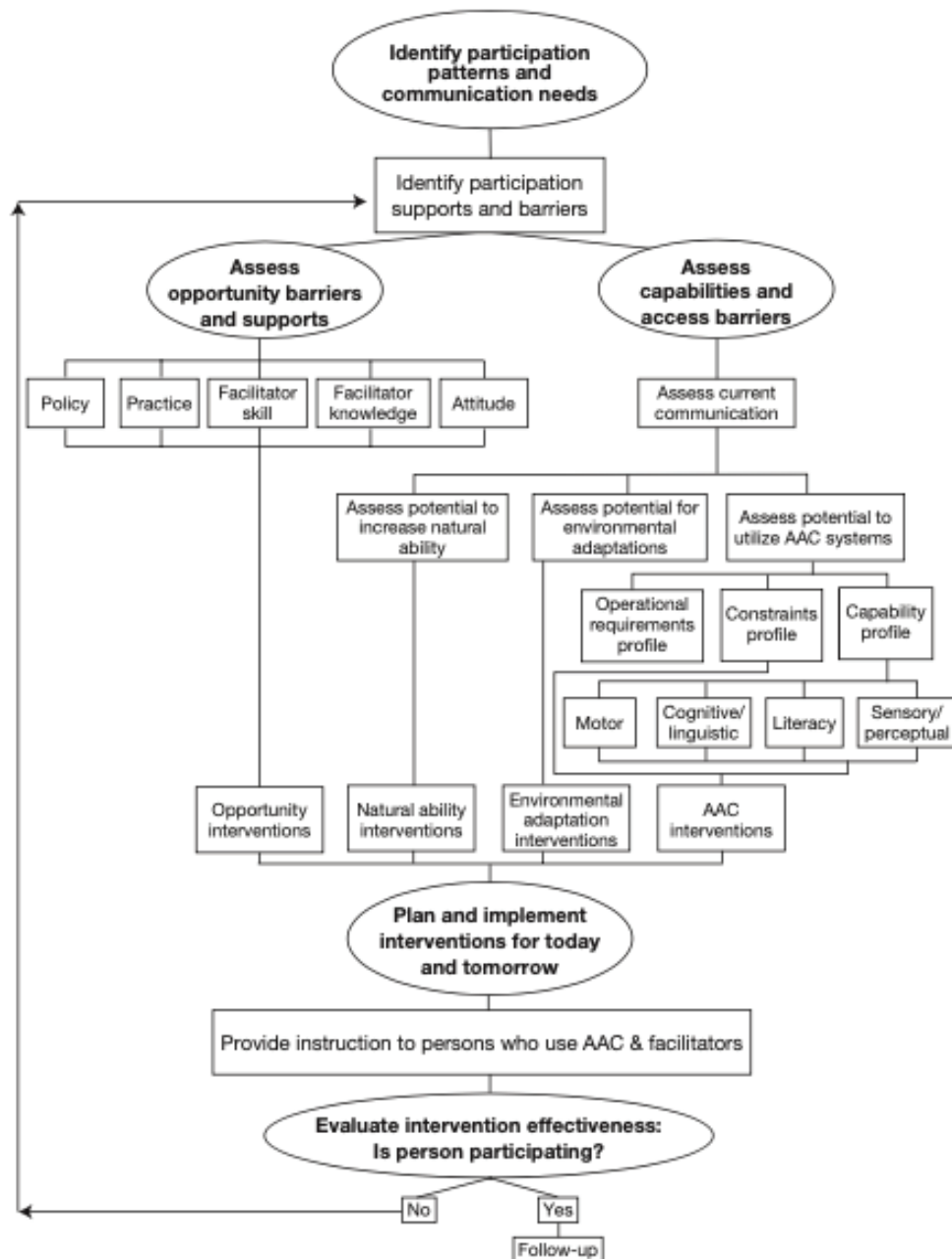






Figure 2.2. The Participation Model for augmentative and alternative communication (AAC).

Modèle de participation, issu de l'ouvrage de Beukelman, D. R., & Light, J. C. (2020).

# Annexe B : Tableau comparatif des dispositifs robustes

## APPLICATIONS robustes de CAA à base de PICTOGRAMMES

NOM	Système exploitation	Organisation du vocabulaire			banque de pictos utilisable	voix françaises adultes/enfants	tailles de grilles	code couleur	types d'accès alternatifs	possibilité de haut-contrasté	annonce sonore (Prédiction de mots)	fonction partage	fonction recherche	version low-tech disponible
 AVAZ 49,99 €	IOS iPad	MOTS DE BASE	MOTS SPECIFIQUES	LANGAGE PRÉFORMULÉ	Symbol Stx + perso possible + images web	Voxigen adultes + enfants	6 niveaux de vocab Pour niveau avancé : 10 tailles de grilles de 1X1 à 7X11 (avec le même vocabulaire)	oui (nature de mot) (possibilité de zoom) (possible de l'enlever)	Direct	Fond des pages noir automatique possible	oui, avec prédiction ou alphabet	mail iMessage Facebook Twitter	oui	non
	Android (à venir)	- Sur page d'accueil - Dans dossier « Mots de base » et onglet « Rapide »	- Dans dossiers - Dans dossiers « catégories »	Oui, p.ex. dans « conversation », « réponses et commentaires »... Dossier « phrases de démarrage » pour accélérer	Accent sur la combinatoire et lexico-syntaxique vocabulaire de base + vocabulaire spécifique Un peu de vocabulaire prévisible associé présent dans certaines sections Grammaticalisation (manuelle) Signal sonore (pour avertir) ; Signal d'erreur (des défauts dans l'adaptation française : traduction et position du vocab)									
 PODD with Compass 279,99 €	IOS iPad	MOTS DE BASE	MOTS SPECIFIQUES	LANGAGE PRÉFORMULÉ	PCS + perso possible	Acapela adultes	6 grilles, 1 seule traduite en français : « 15 école » (15 cases sur l'écran) (autres tailles : 15+ et 60)	- 15 : code couleurs pour les catégories  (commande oculaire ok avec windows)	Direct	PCS haut-contrasté inclus	oui, avec prédiction ou alphabet	non (voletair ement)	oui	
	Windows	- Dans « Echanges Rapides » (15) - Dans les sections/catégories (vocabulaire prévisible associé)	- Dans chaque section/ catégorie et sous-catégorie	Un peu, dans « échanges rapides », « Politesse & présentation » je me présente » (15)	Accent mis sur l'organisation pragmatique (Page d'accueil), + autres types d'organisation du vocabulaire entrelacés : taxonomique (catégories) / thématique (ex. « activités ») / anecdotique (ex. « c'est une de mes histoires »). Tout début de grammaticalisation (automatique, verbes passé/présent/futur) Mode Aparté (2e barre de message), possibilité de moduler volume de la voix (crier, parler, chuchoter) (Version 60 davantage basée sur combinatoire et lexico-syntaxique et grammaticalisation ++)									
 Proloquo2Go 279,99 €	IOS iPad	MOTS DE BASE	MOTS SPECIFIQUES	LANGAGE PRÉFORMULÉ	Symbol Stx + perso possible	Acapela adultes + enfants	3 niveaux de vocab	oui (nature de mot)	Direct	réglages de couleurs (fond de page / case)	oui, avec prédiction ou alphabet	oui	oui	non
	IOS iPhone	- Sur page d'accueil - Dans les dossiers (vocabulaire prévisible associé)	- Dans les dossiers (catégories et sous-catégories)	Oui, p.ex. dans « Chat », « Aide », « indices », voire dans certaines catégories	Accent sur la combinatoire et lexico-syntaxique vocabulaire de base + vocabulaire spécifique Vocabulaire prévisible associé présent avec accent sur stabilité du vocabulaire et de base Organisation taxonomique + thématique (dans « Activités ») / Principe alphabétique dans les dossiers Grammaticalisation (manuelle) - Différentes options Fonction « langage par pas » (apprentissage progressif), possibilité de moduler volume de voix (doux, fort, cri)							mail, messenger		
 SNAP & Core First 54,99 €	IOS iPad	MOTS DE BASE	MOTS SPECIFIQUES	LANGAGE PRÉFORMULÉ	PCS	Acapela adultes + enfants	12 tailles de grilles de 1X1 à 8X10 + taille personnalisée	oui par type de mots (accueil)  non dans listes et dossiers  autre code ds « Sujets » (type de message)	Direct	PCS haut-contrasté inclus	oui, avec prédiction ou alphabet	oui	oui	non
	Windows	- Page d'accueil « Mots de base » - « Dans « Phrases rapides », « Petits mots », « Descriptions »	- Dans « Listes de mots » (catégories) - Dans « Sujets » (thèmes)	Oui, présent +++ dans « Sujets » / « Phrases rapides »	Organisation thématique (« Sujets » organisés de façon spécifique : organisation pragmatique préformulée + « mots du sujet » + « soutiens » (outils de structuration)) + taxonomique (« Listes de mots » avec principe alphabétique) Grammaticalisation (automatique et/ou manuelle) Possibilité de moduler le volume	Metacom en achat intégré  perso possible						mail, Facebook		

NB : la version complexe du PODD (60) n'étant pas traduite en français, les caractéristiques spécifiques n'ont pas été ajoutées

Tableau de M. Suc-Mella (2019), issu du site <https://www.caapables.fr/>.

## Annexe C : Visuel sur les différents paramètres qu'implique la mise en place d'un dispositif de CAA robuste



Visuel de L.Perrin (2021), issu du site <http://caapratik.com>.

## Annexe D : Questionnaire

### Questions préalables

1. Exercez-vous actuellement en France ?
  - Oui Passer à la question 2
  - Non Passer à la section 17 (Conclusion)
  
2. Utilisez-vous des dispositifs de CAA robustes dans votre pratique orthophonique ?
  - Oui Passer à la question 3
  - Non Passer à la section 17 (Conclusion)

### Présentation de l'orthophoniste

3. En quelle année avez-vous obtenu votre certificat de capacité en orthophonie ?
  
4. Dans quel pays avez-vous été formé ?
  - France
  - Suisse
  - Belgique
  - Canada
  - Autre
  
5. Quelle est votre modalité d'exercice actuelle de l'orthophonie ?
  - Exercice en libéral exclusivement
  - Exercice en salariat exclusivement
  - Exercice mixte
  
6. Avez-vous déjà exercé en structure ?
  - Oui Passer à la question 7
  - Non Passer à la question 8
  
7. Dans quelle(s) structure(s) avez-vous exercé ?
  - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)
  - Centre d'Éducation Motrice (CEM)
  - Centre Médico-Psychologique (CMP)
  - Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)
  - Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF)
  - Clinique
  - Établissements et services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)
  - Hôpital
  - Institut d'Éducation-Motrice (IEM)
  - Institut Médico-Éducatif (IME)
  - Institut Médico-Professionnel (IMPro)
  - Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)

- Autre

### Connaissance de la CAA

8. Depuis quand utilisez-vous la CAA dans votre pratique professionnelle ? (merci de donner l'année)

9. Depuis quand utilisez-vous la CAA robuste ? (merci de donner l'année)

10. Avez-vous suivi des formations sur la CAA après obtention du diplôme ?

- Oui Passer à la question 11
- Non Passer à la question 14

11. Combien de formations avez-vous suivi ?

- 1 formation
- 2 formations
- 3 formations
- 4 formations
- 5 formations
- Plus de 5 formations

12. En quelle(s) année(s) avez-vous suivi ces formations ?

13. La CAA robuste a-t-elle été évoquée en formation ?

- Oui
- Non

14. Avez-vous reçu un enseignement au sein de votre cursus universitaire sur la CAA ?

- Oui Passer à la question 15
- Non Passer à la question 17

15. En quelle année de cursus avez-vous reçu un enseignement sur la CAA ?

16. Trouvez-vous que vous avez eu assez de connaissances de base sur la CAA en sortant de CFUO ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

	1	2	3	4	
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord

17. Est-ce que lors de votre cursus universitaire la CAA robuste a été évoquée ?

- Oui Passer à la question 18
- Non Passer à la question 20

18. En quelle année de cursus avez-vous reçu un enseignement sur la CAA robuste ?

19. Trouvez-vous que vous avez eu assez de connaissances de base sur la CAA robuste en sortant de CFUO ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1      2      3      4

---

Tout à fait d'accord     Pas du tout d'accord

---

20. Par quels autres moyens vous êtes-vous formé à la CAA ?

- Après de collègues orthophonistes ou autres professionnels du paramédical
- Conférences
- Lecture bibliographique
- Recherche internet
- Webinaires
- Autres

21. Est-ce que vos formations en CAA ont remis en question certaines de vos connaissances ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1      2      3      4

---

Tout à fait d'accord     Pas du tout d'accord

---

### Pratique de la CAA et de la CAA robuste

22. Avez-vous eu l'impression que les missions de l'orthophoniste en CAA ont évolué ces dernières années ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1      2      3      4

---

Tout à fait d'accord     Pas du tout d'accord

---

23. Pouvez-vous donner 3 principales missions de l'orthophoniste en CAA ?

24. Parmi ces 11 propositions suivantes issues de l'ASHA (American Speech-language-Hearing Association), quelles sont selon vous les 3 missions les plus importantes de l'orthophoniste ?

- Former les autres professionnels de la santé médicaux et paramédicaux, les professionnels éducatifs, l'entourage familial sur l'utilisation de la CAA et son impact sur la qualité de vie
- Dépister les personnes qui pourraient bénéficier de l'intervention d'un dispositif de CAA

- Effectuer une évaluation culturellement et linguistiquement pertinente et complète de la parole, de la langue et des capacités globales de communication de la personne
- Effectuer une évaluation complète, transdisciplinaire, culturellement et linguistiquement pertinente de la CAA
- Faire le lien entre la famille et les fournisseurs des différents dispositifs
- Élaborer et mettre en œuvre des plans d'intervention culturellement et linguistiquement pertinents afin de maximiser la communication efficace entre les personnes qui utilisent la CAA et leurs partenaires de communication tout au long de la vie
- Impliquer les individus et les membres de leur famille dans la prise de décision, dans la mesure du possible, tout au long du processus d'évaluation et d'intervention
- Conseiller les personnes qui utilisent la CAA et leurs familles/soignants sur les questions liées à la communication et fournir une éducation visant à prévenir l'abandon et d'autres complications liées à l'utilisation de la CAA
- Faire partie d'une équipe interdisciplinaire travaillant avec les personnes qui utilisent la CAA et leurs familles
- Rester informé de la recherche dans le domaine de la CAA et aider à faire progresser la base de connaissances concernant l'évaluation et l'intervention en CAA
- Utiliser une pratique fondée sur des données probantes pour évaluer les résultats fonctionnels de l'intervention de la CAA

25. Pensez-vous qu'il serait nécessaire de redéfinir le rôle de l'orthophonie en CAA ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

	1	2	3	4	
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord

26. Avez-vous dû créer plus de partenariats avec d'autres professionnels de santé (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins, etc.) ou éducatifs (instituteurs, éducateurs spécialisés, etc.)

- Oui
- Non

27. Si réponse « oui » à la question précédente, avec quels partenaires avez-vous dû créer des partenariats ?

28. Avez-vous dû consacrer plus de temps avec les familles ?

- Oui
- Non

29. Pratiquez-vous la CAA roustie seulement sur votre lieu de travail ou également à domicile ?

- Uniquement sur mon lieu de travail
- Uniquement à domicile



- Sur mon lieu de travail et à domicile

30. A domicile : intervenez-vous dans d'autres lieux de vie de l'enfant hors domicile familial ?

- Uniquement au domicile familial
- Également dans les écoles
- Également auprès d'autres professionnels qui suivent l'enfant
- Autre

31. Selon vous, serait-il nécessaire que les orthophonistes interviennent beaucoup plus à domicile et dans les lieux de vie de l'enfant que sur leur lieu de travail ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1	2	3	4
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord

32. Pensez-vous qu'une formation en accompagnement parental est nécessaire en plus d'une formation en CAA ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1	2	3	4
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord

33. Pensez-vous qu'il serait nécessaire de modifier la nomenclature des orthophonistes concernant la CAA ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1	2	3	4
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord

34. Pensez-vous qu'il serait nécessaire de modifier le Code de la Santé Publique concernant la CAA ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1	2	3	4
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord

35. Quelles sont, d'après vous, les limites en tant qu'orthophonistes, à la mise en place d'un dispositif de CAA robuste pour un patient ?

## Dispositifs de CAA robustes

36. Avec quel(s) profil(s) de patients utilisez-vous la CAA robuste ?
- Trouble Développementale du Langage (TDL)
  - Trouble du Spectre Autistique (TSA)
  - Déficience intellectuelle avec dimension syndromique (T21)
  - Polyhandicap (atteinte motrice associée à une déficience intellectuelle)
  - Troubles moteurs (syndrome de Rett, paralysie cérébrale)
  - Troubles acquis (AVC, tumeur cérébrale, aphasie)
  - Autre
37. Dans votre patientèle, combien de patients utilisent un dispositif de CAA robuste ? (réponse attendue en %)
38. Quels dispositifs de CAA robustes utilisez-vous avec vos patients ?
- MINSPEAK
  - PODD
  - AVAZ
  - PROLOQUO 2 GO CRESCENDO
  - TD SNAP (anciennement SNAP + CORE FIRST)
  - SUPER CORE
  - SCORE
39. Comment avez-vous choisi les dispositifs de CAA robustes que vous utilisez ?
- A partir de dispositifs vus en formations
  - D'après mes recherches en littérature
  - Par le biais de collègues qui utilisent ces dispositifs-là
  - Sur demande des familles qui souhaitent utiliser tel dispositif précisément
  - En fonction du coût du dispositif
40. Quels outils utilisez-vous pour vous aider dans le choix du ou des dispositif(s) de CAA adapté(s) à l'enfant ?
- Questionnaires d'évaluation de la communication actuelle
  - Grilles d'observation
  - Modèle de participation
  - Tests étalonnés
  - Retour de l'expérience des parents lors de l'anamnèse et des autres moments d'échange
  - Présentation des dispositifs aux familles
  - Autre
41. Est-ce que les outils dont vous disposez vous semblent suffisants pour évaluer votre patient et choisir le dispositif de CAA adapté à celui-ci ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1 2 3 4

Tout à fait d'accord     Pas du tout d'accord

42. Comment faites-vous pour mettre en place les dispositifs ?

- Utilisation du dispositif en séance individuelle à partir de matériel classique d'orthophonie à modéliser
- Utilisation du dispositif en séance individuelle basée sur les intérêts de l'enfant avec modélisation
- Séance à domicile pour modéliser, pour montrer comment créer un bain de langage alternatif
- Utilisation du dispositif lors de temps hors-séance (exemple : moment où l'enfant arrive en salle d'attente, pendant le temps de discussion avec le parent, pendant que l'enfant met son manteau...)
- Séance de coaching parental à partir de conseils, de livrets, de video modeling...
- En redirigeant les familles vers des aides externes (vidéos explicatives, sites internet, réseaux sociaux)
- A partir d'objectifs donnés à la famille
- Formation des partenaires/des équipes
- Autre

43. Utilisez-vous la CAA basique (PECS, Makaton, etc.) en complément de la CAA robuste dans votre pratique orthophonique ?

- Oui
- Non
- Parfois

44. Est-ce que vous utilisez principalement l'accès direct (= la personne sélectionne directement en pointant, par exemple avec son doigt, avec une licorne ou avec les yeux par commande oculaire) ou l'accès indirect (= défilement par le partenaire ou par balayage visuel ou auditif) avec vos patients ?

- J'utilise exclusivement l'accès indirect
- J'utilise exclusivement l'accès direct
- J'utilise majoritairement l'accès indirect
- J'utilise majoritairement l'accès direct
- J'utilise indifféremment l'accès direct et l'accès indirect

45. Est-ce que le coût a un impact sur votre choix de dispositif(s), sur les dispositifs que vous proposez aux familles ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

1 2 3 4

Tout à fait d'accord     Pas du tout d'accord

46. Est-ce que vous privilégiez en premier choix un dispositif moins onéreux ?  
(Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)

	1	2	3	4	
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord

47. Est-ce que l'aspect commercial des dispositifs a un impact sur votre utilisation et sur vos choix des dispositifs ? (Échelle de Likert : 1- Tout à fait d'accord ; 2- Plutôt d'accord ; 3- Plutôt pas d'accord ; 4- Pas du tout d'accord)


	1	2	3	4	
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout d'accord


48. Avez-vous d'autres remarques que vous souhaiteriez apporter avant de terminer ce questionnaire ?


## Annexe E : Visuel du questionnaire


# Mémoire d'orthophonie


### Questionnaire sur la CAA robuste

 Actuellement en 5ème année au CFUO de Lyon, je réalise mon mémoire sur la Communication Alternative Augmentée robuste.

 J'ai élaboré un questionnaire me permettant de faire un état des lieux sur la pratique professionnelle des orthophonistes utilisant la CAA robuste.

 Il est à destination des orthophonistes travaillant en France qui pratiquent la CAA robuste auprès d'enfants de moins de 18 ans.

 La durée du questionnaire est d'environ 10 minutes.

 Le questionnaire est accessible via ce lien :  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc4zVW K8 MW FPNytwg sGgD3UQR- PnpPvD5ToznlgloeuQ9GHA/view form?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc4zVW K8 MW FPNytwg sGgD3UQR- PnpPvD5ToznlgloeuQ9GHA/view form?usp=pp_url)

Vos réponses à ce questionnaire me seraient d'une aide précieuse.  
Merci d'avance de l'attention que vous me porterez.

Audrey ENRICO

## Annexe F : Notice d'informations

### Utilisation de la Communication Alternative et Augmentée (CAA) robuste : analyse des pratiques des orthophonistes

**Directeur du mémoire et structure** : Line PERRIN, orthophoniste exerçant au sein d'un SESSAD (ODYNEO)

Contact du directeur de mémoire : [lineaneperrin@gmail.com](mailto:lineaneperrin@gmail.com)

**Étudiant** : Audrey ENRICO, étudiante en Master 2 Département d'Orthophonie – Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, Université Claude Bernard Lyon 1.

Contact de l'étudiant : [audrey.enrico@etu.univ-lyon1.fr](mailto:audrey.enrico@etu.univ-lyon1.fr) / [audrey.enrico@gmail.com](mailto:audrey.enrico@gmail.com)

Contact Responsable Mémoire au département d'orthophonie (ISTR) : [memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr](mailto:memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr)

**Madame, Monsieur,**

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données sur les pratiques orthophoniques en Communication Alternative et Augmentée (CAA) et plus particulièrement sur la mise en place des dispositifs de CAA robustes auprès des enfants de moins de 18 ans et de leurs familles.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle au responsable de l'étude, Line PERRIN, ou à la personne réalisant le recueil de données, Audrey ENRICO.

**But de l'étude** : Cette étude a pour but de faire un état des lieux auprès des orthophonistes utilisant la CAA robuste (apparue plutôt récemment en France) sur leur pratique professionnelle afin de redéfinir les missions de l'orthophoniste dans ce domaine.

**Déroulement de l'étude et méthode** : Ce questionnaire est proposé en ligne à tous les orthophonistes francophones utilisant la CAA robuste dans leur pratique professionnelle du 10 janvier 2022 au 28 février 2022. Une analyse des données sera ensuite réalisée afin de comprendre comment se met en place la CAA robuste par les orthophonistes auprès des familles et quelles sont les limites.

**Frais** : Votre collaboration à ce recueil de données n'entraînera pas de participation financière de votre part.

**Législation – Confidentialité :**

Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom.

La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel.

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Selon la Loi « Informatique et Liberté » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès du responsable de l'étude (le Directeur du Mémoire). La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

Vous pouvez formuler la demande d'être informé des résultats globaux de ce mémoire. Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

**Bénéfices potentiels** : La finalité de cette étude est de mieux comprendre quelles sont les missions de l'orthophoniste dans la mise en place de dispositifs de CAA robustes, quels sont les freins à cette installation et comment y remédier.

**Risques potentiels** : Le recueil de données ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information !

## Annexe G : Tableaux des résultats

**Tableau 1**

*Répartition des répondants ayant eu ou non un enseignement en CAA en fonction de l'année d'obtention du diplôme*

	Enseignement en CAA	Pas d'enseignement en CAA	Total
Entre 1980 et 1989	0%	9%	9%
Entre 1990 et 1999	5%	2%	6%
Entre 2000 et 2009	14%	11%	25%
Entre 2010 et 2019	31%	19%	50%
Après 2019	8%	2%	9%
<b>Total</b>	<b>58%</b>	<b>42%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 2**

*Répartition des répondants diplômés en France ayant eu ou non un enseignement en CAA en fonction de la réforme du cursus universitaire de 2013*

	Enseignement en CAA	Pas d'enseignement en CAA	Total
Diplôme avant 2013	31%	33%	64%
Diplôme après 2013	22%	15%	36%
<b>Total</b>	<b>53%</b>	<b>47%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 7**

*Répartition des répondants selon les 3 missions qui leur semblaient essentielles*

	Nombre d'orthophonistes ayant répondu à cet item	Pourcentage
Accompagner l'entourage du patient dans l'acceptation et la mise en place du dispositif/parteneriat parental	29	45%
Former les partenaires du patient (professionnels entourant l'enfant, famille, équipes de la structure)	26	41%
Évaluer les compétences linguistiques et communicationnelles du patient, ses besoins et son environnement	22	34%
Choisir le dispositif de CAA adapté au patient en lien avec les partenaires (famille, professionnels accompagnant le patient)	17	27%
Informier sur la CAA les partenaires du patient (professionnels entourant l'enfant, famille, équipes du lieu de vie)	16	25%
Accompagner le patient dans la mise en place du dispositif	14	22%
Modéliser	10	16%
Permettre une généralisation dans la vie quotidienne	10	16%



Adapter/Personnaliser le dispositif au patient	7	11%
Travailler en collaboration avec les autres professionnels entourant le patient, les équipes de la structure	7	11%
Accompagner le patient vers une autonomie de communication	5	8%
Développer la communication du patient	5	8%
Construire/fabriquer le dispositif	4	6%
Implémenter	3	5%
Présumer des compétences	3	5%
Développer les moments de communication	3	5%
Développer du vocabulaire	3	5%
Donner les moyens au patient de communiquer de tout, partout, tout le temps	2	3%
Permettre une communication fonctionnelle grâce au dispositif	2	3%
Développer l'accès à la littératie	2	3%
Développer la parole	2	3%
Réalisation du projet de soin et actualisation des objectifs	2	3%
Déconstruire les mythes	1	2%
Laisser du temps	1	2%
Développer les précurseurs de communication	1	2%
Développer les intérêts du patient	1	2%
Promouvoir la multimodalité	1	2%
Mettre en place une éducation thérapeutique	1	2%
Participer à la coordination du projet de CAA du patient	1	2%
Développer la compréhension	1	2%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

**Tableau 8**

*Répartition des répondants selon les principales missions de l'ASHA pour eux en fonction de leur mode d'exercice*

	Libéral	Salariat	Mixte	Total
Former	9%	8%	4%	21%
Dépister	3%	1%	2%	6%
Évaluation parole et communication	5%	3%	1%	9%
Évaluation CAA	0%	2%	1%	2%
Élaborer plans d'intervention	9%	6%	3%	18%
Impliquer entourage dans prise de décision	5%	4%	3%	12%
Conseiller sur la CAA	8%	5%	3%	16%
Faire partie d'une équipe	2%	4%	3%	8%
Recherche	3%	3%	1%	6%
EBP	2%	1%	1%	3%
<b>Total</b>	<b>45%</b>	<b>36%</b>	<b>19%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 9**

Répartition des répondants selon les principales missions choisies en fonction de l'exercice salariat déjà effectué

	Exercice salariat	Pas d'exercice salariat	Total
Former	18%	3%	21%
Dépister	4%	2%	6%
Évaluation de la parole et de la communication	8%	1%	9%
Évaluation de la CAA	2%	0%	2%
Élaborer des plans d'intervention	15%	3%	18%
Impliquer l'entourage dans la prise de décision	10%	2%	12%
Conseiller sur la CAA	12%	4%	16%
Faire partie d'une équipe	7%	1%	8%
Recherche	5%	1%	6%
EBP	3%	0%	3%
<b>Total</b>	<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 11**

Répartition des répondants selon leur avis concernant la nécessité de redéfinir le rôle de l'orthophonie en CAA en fonction du nombre de formations effectuées

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
0 formation	3%	6%	3%	2%	14%
1 formation	2%	16%	2%	0%	19%
2 formations	8%	8%	9%	0%	25%
3 formations	13%	8%	2%	0%	22%
4 formations	2%	2%	2%	0%	5%
Plus de 5 formations	13%	2%	2%	0%	16%
<b>Total</b>	<b>39%</b>	<b>41%</b>	<b>19%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 12**

Répartition des répondants selon les partenariats effectués en fonction des formations suivies

	Formations suivies	Pas de formations suivies	Total
Plus de partenariat	77%	9%	86%
Pas plus de partenariat	14%	0%	14%
<b>Total</b>	<b>91%</b>	<b>9%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 13**

*Répartition des répondants selon les partenariats effectués en fonction de l'exercice salariat*

	Exercice salariat	Pas d'exercice salariat	Total
Plus de partenariat	80%	11%	91%
Pas plus de partenariat	5%	5%	9%
<b>Total</b>	<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 14**

*Répartition des répondants selon les types de partenariats qu'ils effectuent*

	Nombre d'orthophonistes ayant répondu à cet item	Pourcentage
Éducateurs spécialisés	40	69%
Ergothérapeutes	32	55%
Enseignants	26	45%
Psychomotriciens	14	24%
Psychologues	10	17%
Professionnels de la structure	8	14%
AESH/AVS	6	10%
Familles	5	9%
Kinésithérapeutes	5	9%
Médecins/Pédopsychiatres/Psychiatres	4	7%
Tous professionnels paramédicaux	3	5%
Orthoptistes	3	5%
Équipe administrative de la structure	3	5%
Auxiliaires de vie/Aides médico-psychologiques	2	3%
Équipes éducatives	2	3%
Infirmiers	2	3%
Assistances sociales	1	2%
Personnel de la crèche	1	2%
Réseau de soin	1	2%
Techniciens de l'intervention sociale et familiale	1	2%

**Tableau 15**

*Répartition des répondants selon le temps consacré aux familles en fonction des formations suivies*

	Formations suivies	Pas de formations suivies	Total
Plus de temps consacré aux familles	80%	6%	86%
Pas plus de temps	13%	2%	14%
<b>Total</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 16**

*Répartition des répondants selon le temps consacré aux familles en fonction du nombre de formations suivies*

	Plus de temps consacré aux familles	Pas plus de temps consacré aux familles	Total
<b>0 formation</b>	13%	2%	14%
<b>1 formation</b>	16%	3%	19%
<b>2 formations</b>	23%	2%	25%
<b>3 formations</b>	20%	2%	22%
<b>4 formations</b>	5%	0%	5%
<b>Plus de 5 formations</b>	16%	0%	16%
<b>Total</b>	92%	8%	100%

**Tableau 19**

*Répartition des répondants selon leur avis concernant la nécessité de modifier la nomenclature des orthophonistes concernant la CAA*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	47	13	4	0	64
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	73%	20%	6%	0%	100%

**Tableau 20**

*Répartition des répondants selon leur avis concernant la nécessité de modifier le Code de la Santé Publique concernant la CAA en orthophonie*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total
<b>Nombre d'orthophonistes</b>	29	30	4	1	64
<b>Pourcentage d'orthophonistes</b>	45%	47%	6%	2%	100%