

# Évaluer et faciliter la communication des personnes en situation de handicap complexe

Polyhandicap, syndrome d'Angelman,  
syndrome de Rett, autres anomalies  
génétiques, autisme déficitaire, AVC sévère,  
traumatisme crânien, démences, ...

Dominique **CRUNELLE**

PROGRAMME CHESSEP



# Sommaire

<b>Remerciements .....</b>	<b>V</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>VII</b>
<b>Chapitre 1. Qu'est-ce qu'un handicap complexe ? .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 2. Historique de la démarche.....</b>	<b>3</b>
<b>Chapitre 3. Communiquer avec la personne en situation de handicap complexe .....</b>	<b>5</b>
<b>Chapitre 4. Le CHESSEP (Communication Handicap Complexe : Evaluer, Situer, S'adapter, Elaborer un projet Personnalisé).....</b>	<b>19</b>
<b>Chapitre 5. Vignettes cliniques .....</b>	<b>99</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>133</b>
<b>Quelques témoignages d'utilisateurs du CHESSEP .....</b>	<b>135</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>143</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>145</b>

# Chapitre 1

## Qu'est-ce qu'un handicap complexe ?

La notion de handicap complexe reste encore peu utilisée dans la littérature. En 2009, Georges Saulus la définit comme « une situation extrême, où sont sollicitées au degré le plus intense, jusqu'à leurs limites, les compétences techniques, relationnelles et éthiques des différents acteurs. » Le terme de « situation complexe de handicap » est introduit dans les textes de loi par le décret du 20 mars 2009, s'appliquant aux établissements accueillant des personnes adultes « en situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie ». Ces situations peuvent résulter d'une atteinte motrice, somatique, intellectuelle, psychique ou cognitive, menant à une restriction extrême de l'autonomie qui se traduit par une grande dépendance aux personnes tierces.

Les personnes ainsi présentées ont des besoins spécifiques :

- aide pour les activités quotidiennes telles que la toilette, l'habillage, le repas ;
- aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;
- aide pour la réalisation de tâches et pour la relation avec autrui ;
- soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives ;
- soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique.

Le travail de recherche mené par Barreyre et al., de 2010 à 2013, présente une réflexion sur les données de la littérature, couplées aux avancées en neurobiologie. Deux facteurs majeurs dans la constitution de la complexité de la situation sont identifiés :

- un mode de perception (spatio-temporelle, physique, corporelle...) singulier du monde qui place la personne dans l'inconfort, l'angoisse, l'incompréhension de son environnement ;

- une très forte limitation en termes de communication sociale, avec des échanges pauvres et se basant peu sur le langage verbal.

Ces deux facteurs sont complétés par la dimension relationnelle entre accompagnant et accompagné. La relation est difficile à établir entre une personne qui n'arrive pas à s'exprimer et son interlocuteur dont la perception du message est compromise par la complexité de la situation. Il est essentiel de l'instaurer en se détachant de la passivité ou de la relation de sujétion souvent induite par les situations de vulnérabilité en mettant en place des conditions adaptées.

Toute interaction se place dans un système relationnel mettant en jeu les ressources personnelles, les ressources des proches et les ressources environnementales. En situation de handicap, les ressources personnelles sont moindres et devront être compensées par les autres ressources. Les restrictions des capacités d'action ou de réflexion vont entraîner un décuplement des interactions indispensables aux activités quotidiennes. C'est tout cet équilibre devenu instable qui crée la complexité de la situation de handicap.

Sous cette formulation, se recourent différentes situations de grande dépendance : polyhandicap, séquelles de traumatismes crâniens, stade avancé de la maladie d'Alzheimer, autisme sévère, handicaps rares, comme le syndrome d'Angelman ou le syndrome de Rett, surdicécité, certaines psychoses déficitaires avec troubles associés. Ces étiologies variées sont réunies par un point commun : avoir pour conséquence des limitations dans les activités les plus simples du quotidien, jusqu'à l'expression de choix ou de désirs, qui entraîneront le besoin d'une aide humaine intense et soutenue, et ce, quel que soit l'âge de la personne.

# Chapitre 2

## Historique de la démarche

Mes fonctions cliniques en orthophonie m'avaient d'abord conduite à exercer auprès d'enfants atteints d'une infirmité motrice cérébrale (IMC), ou paralysie cérébrale. Certains de ces enfants, pour diverses raisons, ne pouvaient accéder au langage oral, ni, parfois, au langage écrit : dysarthries sévères, dysphasies expressives et parfois réceptives... Tous étaient pourtant avides d'interactions et de communication, et ouverts aux apprentissages symboliques. Des codes gestuels, mais surtout pictographiques existaient (BLISS, GRACH, puis PECS...) et pouvaient venir compenser en partie leurs difficultés. Le choix du code n'était pas facile, les outils compliqués à concevoir, l'implication parentale et des aidants parfois difficile à obtenir... Pour autant, bon an, mal an, la communication alternative augmentée (CAA) prenait sa place, facilitée au fil des années par les nouvelles technologies.

Cependant, certaines personnes, enfants ou adultes, n'accédaient à aucun de ces outils. Les premiers qui m'aient alertée sont les personnes dites en situation de polyhandicap.

Le polyhandicap a été défini en 1989, lors de la refonte des Annexes XXIV, qui posent les conditions d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants polyhandicapés, comme « un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »

Cette définition s'inscrit dans la Classification internationale des handicaps, en reprenant les notions de déficience (motrice et intellectuelle), d'incapacité (de perception, expression et relation), et de désavantage (restriction extrême de l'autonomie).

Pour autant, le polyhandicap doit être considéré comme un handicap unique, résultant de troubles interdépendants les uns des autres, et la personne polyhandicapée comme une personne à part entière, malgré les difficultés qu'elle rencontre pour les fonctions les plus simples. « Les termes médicaux

et techniques ne doivent jamais faire oublier les trésors d'affectivité présentés par ces personnes, leurs compétences, leur appétit de communication. Il faut avant tout prendre comme postulat que la personne polyhandicapée est un être humain à part entière, avec ses goûts, ses désirs, ses attentes, ses besoins de considération, de sécurité, d'expériences nouvelles, de responsabilité et d'autonomie. » (P. Pernes, 2010).

De vraies potentialités de communication donc, mais souvent difficiles à percevoir et à faciliter... Comment s'y prendre ? Quels outils utiliser ?

Au fil de mes rencontres et de mes recherches, j'ai pris conscience que d'autres pathologies conduisaient à cette restriction extrême des capacités de communication, au moins telles que nous nous les représentons. C'est pour définir ces personnes que j'ai choisi le terme de « personne en situation de handicap complexe », qui, en particulier, n'accèdent ni au langage oral, ni à un code de communication élaboré.

# Chapitre 3

## Communiquer avec la personne en situation de handicap complexe

Comment communiquer avec ces personnes en situation de handicap complexe ? Comment communiquer avec « ces personnes complexes » ?

### 1. Qu'est-ce que communiquer ?

La communication est un processus compliqué qui peut prendre différentes formes et être influencé par de nombreux facteurs. Elle a de nombreuses répercussions sur la vie de la personne et son existence sociale. On considère qu'elle est fondatrice de l'être. Elle exige que deux partenaires, au moins, soient en interaction dans un objectif d'échanges de messages plus ou moins élaborés. Ces échanges peuvent porter sur des idées, mais aussi parfois plus simplement sur des besoins physiologiques, des émotions ou des affects.

Pour la plupart des individus, elle est à la fois verbale et non verbale. La communication verbale consiste à transmettre un message en utilisant un langage, c'est-à-dire un système de signes. Le langage articulé, ou parole, est le code de communication humain par excellence, le plus répandu. Le canal utilisé est alors la transmission orale. Cependant, le partage d'un message peut reposer sur d'autres canaux, comme l'écrit, les codes gestuels ou pictographiques. Quel que soit le canal de transmission, l'organisation des signes repose sur des règles et le langage fait appel au symbolisme permettant ainsi d'évoquer la réalité en son absence.

En complément de la communication verbale, la mimique, le regard, la posture, les émissions vocales sont autant de façons de s'exprimer. Cette



communication n'est pas ou peu symbolique, mais reste souvent compréhensible par l'interlocuteur, au moins s'il y prête attention.

Elle existe chez chacun de nous, elle peut être consciente ou non, et plus ou moins explicite. Elle fait appel à l'intuition pour être comprise et peut parfois être interprétée de façon ambiguë (Cataix-Negre, 2011).

Lorsqu'elles existent simultanément, la communication verbale et la communication non verbale sont indissociables.

## 2. La communication de la personne en situation de handicap complexe

Les troubles de la personne en situation de handicap complexe risquent d'entraver chaque niveau de communication. Ses difficultés sont à la fois intrinsèques et extrinsèques.

Les troubles moteurs, cognitifs et souvent sensoriels de la personne ne lui permettent pas, ou peu, d'accéder au langage oral ou à tout autre code verbal élaboré, qu'il soit gestuel ou pictographique.

Sa communication est donc essentiellement non verbale. Pour autant, cette communication non verbale peut également être difficile : la posture et la mimique sont marquées par les troubles toniques, le regard est difficile à capter, les gestes sont peu identifiables, les tentatives d'expression orale sont difficilement perceptibles ou interprétables.

Des facteurs extérieurs aux capacités propres de la personne peuvent aussi perturber la communication. La personne en situation de handicap complexe est en effet particulièrement sensible à son environnement : elle peut être perturbée par le bruit ou une lumière excessive et est très sensible aux interactions qui s'amorcent avec ses interlocuteurs.

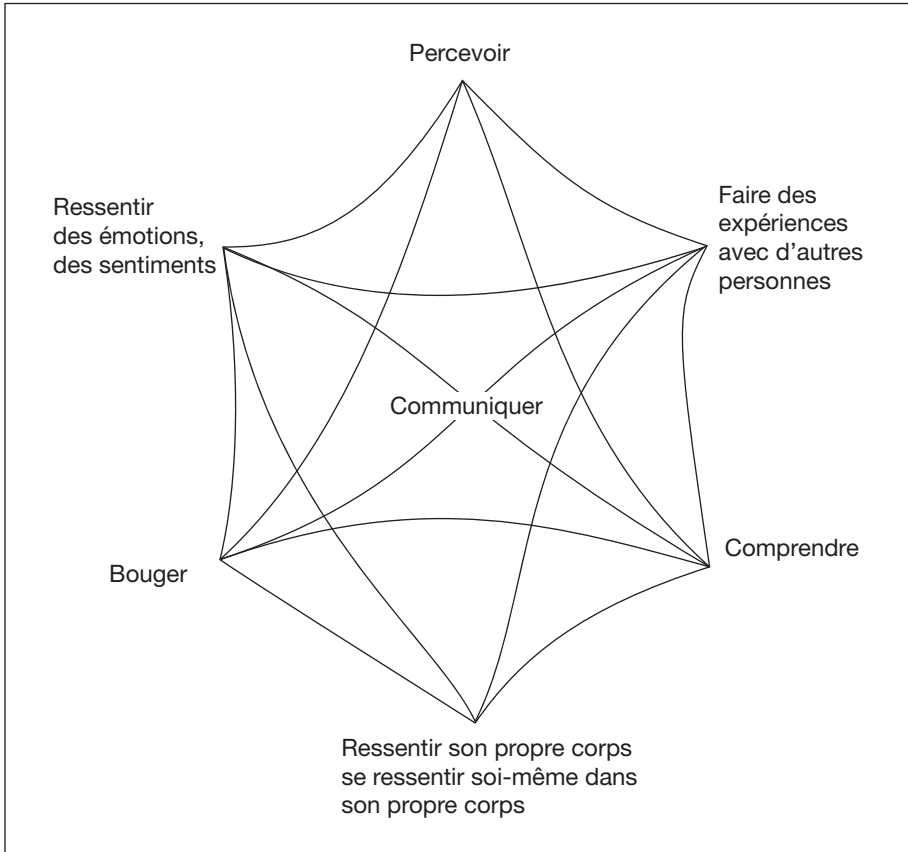
Ces potentialités et démarches de communication sont souvent difficiles à percevoir : si nul ne se donne la peine de les évaluer et de les mettre en valeur, la personne ne reçoit pas assez de stimulations adaptées et ne dispose pas des éléments nécessaires à sa construction psychique. On peut alors parler de carence environnementale.

« Quand on les connaît de près, quand on accepte d'ouvrir son cerveau et son cœur, on découvre des êtres humains dont l'affectivité si fine va de pair avec une intuition souvent surprenante, et leur potentiel d'évolution, même s'il est très limité, dépasse souvent les pronostics souvent encore trop pessimistes » (S. Tomkiewicz, 1995).

Selon Fröhlich (2011), l'acte de communiquer se situe au carrefour de différents domaines, ce qui amène à considérer l'être humain dans sa globalité et à prendre en compte la richesse des interactions qui construisent progressivement des expériences de vie. Le schéma représenté ci-dessous met

en évidence le fait que « les domaines de la personnalité sont étroitement intriqués et caractérisés par des interactions constantes ».

**Figure 1.** Le modèle de l'interaction selon Fröhlich (2011)



### 3. Les grilles d'évaluation axées sur la communication

Plusieurs grilles d'évaluation de la communication ou des compétences cognitives des personnes en situation de polyhandicap existent.

#### 3.1. La grille de Fröhlich et al.

En 1986, Fröhlich et al. ont développé une grille d'évaluation destinée aux enfants « polyhandicapés profonds », permettant de proposer une

intervention psycho-pédagogique adaptée par la suite. Elle s'adresse à des enfants dont le handicap extrême a entravé le développement d'une pensée symbolique et dont les capacités de communication sont essentiellement non-verbales.

Selon Fröhlich et al. (1986), « une évaluation valable se veut de rendre compte de l'enfant dans sa globalité, son unicité, et son interaction avec le monde, tant sur le plan microsocial – la famille, le groupe – que sur celui de l'ensemble de l'unité sociale dans laquelle il s'insère ».

La grille propose d'évaluer dix domaines répartis en quatre niveaux. Afin d'élaborer les items de chaque domaine, l'auteur s'est référé au développement normal de l'enfant, mais également aux caractéristiques du développement des enfants polyhandicapés.

Les dix domaines se répartissent de la manière suivante :

- modalités d'interaction entre l'enfant et les personnes de référence ;
- la réaction de l'enfant au langage ;
- les productions vocales et verbales ;
- la réaction au contact physique avec différentes matières ;
- entendre et écouter ;
- voir et regarder ;
- toucher et manipuler ;
- mouvements du corps entier ;
- investissement de l'espace ;
- boire et manger.

Les quatre niveaux sont les suivants :

- niveau I : 0-3 mois ;
- niveau II : 4-5 mois ;
- niveau III : 6-7 mois ;
- niveau IV : 8-12 mois.

Pour chaque item évalué, il est possible de coter selon trois modalités : compétence acquise, compétence partiellement acquise, pas de réaction (compétence non acquise ou dépassée).

### **3.2. La grille Douleur Enfant San Salvador (DESS)**

Les difficultés de communication représentent un obstacle lorsque la personne est admise à l'hôpital, lieu où les interlocuteurs manquent d'informations sur la personne et se retrouvent parfois démunis pour échanger avec elle. Or, « toute approche de la douleur passe par la communication avec le sujet qui souffre ». Repérer les manifestations de la douleur représente alors un défi que les équipes soignantes se doivent de relever.

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	V
<b>Introduction</b> .....	VII
<b>Chapitre 1. Qu'est-ce qu'un handicap complexe ?</b> .....	1
<b>Chapitre 2. Historique de la démarche</b> .....	3
<b>Chapitre 3. Communiquer avec la personne en situation de handicap complexe</b> .....	5
1. Qu'est-ce que communiquer ? .....	5
2. La communication de la personne en situation de handicap complexe .....	6
3. Les grilles d'évaluation axées sur la communication .....	7
3.1. La grille de Fröhlich et al.....	7
3.2. La grille Douleur Enfant San Salvador (DESS) .....	8
3.3. Échelle d'Évaluation du Développement Cognitif Précoce (EEDCP) de Nader-Grosbois en 1993.....	9
3.4. Early Social Communication Scales (ESCS) de Seibert et Hogan, 1982.....	9
3.5. Évaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP) de Guidetti et Tourette, 1992 .....	10
3.6. Le ComVoor (Verpoorten, Noens et Van Berckelaer-Onnes, 2012).....	10
3.7. Le P2CJP de R. Scelles et G. Petitpierre (2013).....	10
4. Comment faciliter la communication de la personne en situation de handicap complexe ?.....	10
4.1. Évaluer .....	11
4.2. Situer .....	11

4.3. S'adapter.....	11
4.4. Élaborer un projet individualisé de communication .....	12
5. Comment communiquer au mieux avec la personne en situation de handicap complexe ?.....	12
5.1. Considérer tout individu comme un véritable interlocuteur.....	13
5.2. Prendre en compte toute tentative de communication .....	13
5.3. Respecter le temps nécessaire et accorder un temps de latence .....	13
5.4. Ne pas interpréter trop vite.....	14
5.5. Connaître la pathologie et ses manifestations.....	14
5.6. Veiller à l'installation.....	15
5.7. S'assurer des caractéristiques du matériel utilisé.....	15
6. Se projeter dans la vie d'une personne polyhandicapée : « Imagine ».....	16

**Chapitre 4. Le CHESSEP (Communication Handicap Complexe : Evaluer, Situer, S'adapter, Elaborer un projet Personnalisé).....**19

1. Premier postulat : communiquer avec la personne en situation de handicap complexe requiert de la connaître et de veiller à son quotidien .....	19
2. Premier objectif : recueillir les informations utiles au bon déroulement du quotidien et proposer des outils permettant de ritualiser les pratiques .....	20
2.1. Questionnaires du quotidien.....	20
2.2. Les outils fonctionnels.....	20
2.3. Le questionnaire de vie .....	23
2.4. Le carnet de bord, « dico-perso ».....	23
3. Deuxième postulat : savoir identifier ce que la personne comprend et exprime.....	27
4. Deuxième objectif : évaluer le niveau de communication et inscrire la personne dans une dynamique de projet individualisé de communication.....	27
4.1. D'abord évaluer .....	28
4.1.1. Méthodologie d'évaluation.....	28
4.1.2. La grille d'évaluation .....	29
<i>Présentation générale</i> .....	29

<i>Les différents niveaux d'évolution de la communication</i> .....	29
NEC 1 .....	31
NEC 2 .....	33
NEC 3 .....	33
NEC 4 .....	34
NEC 5 .....	35
NEC 6 .....	36
NEC 7 .....	36
NEC 8, 9 et 10.....	36
4.1.3. Validation de la grille d'évaluation de la communication.....	36
<i>Résultats</i> .....	37
4.1.4. Élaborer un profil de communication .....	39
4.1.5. Un exemple de projet personnalisé de communication.....	41
4.1.6. Adaptations pour les personnes atteintes d'une pathologie neurodégénérative.....	48
5. Quels attitudes, activités et outils proposer pour chaque NEC ? .....	48
5.1. Quelques idées fondamentales.....	49
5.1.1. Veiller au confort postural.....	49
5.1.2. Adapter l'environnement .....	50
5.1.3. Donner le temps nécessaire .....	50
5.1.4. Et « le look » ? .....	50
5.2. Propositions pour chaque NEC.....	50
<i>Perception sensorielle</i> .....	51
Perception auditive.....	52
Perception visuelle.....	52
Perception tactile .....	54
Perception olfactive.....	55
Perception gustative .....	56
Perception vibratoire.....	56
<i>Perception de la prosodie</i> .....	56
<i>Perception des émotions de l'autre</i> .....	57
5.2.1. NEC 1 : Communication totale, versus expressif.....	57
<i>Pleurs, cris non significatifs</i> .....	57
<i>Interactions non verbales</i> .....	57

	<i>En résumé</i> .....	59
5.2.2.	NEC 2 : Communication extra-verbale, versus réceptif.....	60
	<i>Compréhension contextuelle</i> .....	60
	<i>Reconnaissance des interlocuteurs familiers</i> .....	61
	<i>Réception vocale</i> .....	61
	<i>Qualité d'écoute</i> .....	62
5.2.3.	NEC 2 : Communication extra-verbale, versus expressif.....	63
	<i>Pleurs, cris adaptés à la situation</i> .....	63
	<i>Émissions vocales</i> .....	63
	<i>En résumé</i> .....	64
5.2.4.	NEC 3 : Règles de communication, versus réceptif.....	64
	<i>Orientation vers la voix</i> .....	65
	<i>Est attentif quand on lui parle</i> .....	65
	<i>Attention conjointe</i> .....	65
	<i>Réagit à son prénom</i> .....	66
	<i>Réagit au « non »</i> .....	66
5.2.5.	NEC 3 : Règles de communication, versus expressif.....	66
	<i>Bruits, onomatopées signifiantes</i> .....	66
	<i>Reprise, imitation des intonations de l'adulte</i> .....	67
	<i>Respect du tour de rôle, du tour de parole</i> .....	67
	<i>Émission de sons ou de sourires face à son image, à des objets connus</i> .....	68
	<i>En résumé</i> .....	68
5.2.6.	NEC 4 : Début de symbolisme, versus réceptif.....	69
	<i>Compréhension de gestes symboliques</i> .....	69
	<i>Compréhension verbale</i> .....	70
	<i>Propre prénom, prénoms des proches</i> .....	70
	<i>Mots simples en contexte</i> .....	70
	<i>Compréhension des réactions de l'entourage</i> .....	70
	<i>Permanence de l'objet, début de jeu symbolique et relation de cause à effet</i> .....	71
5.2.7.	NEC 4 : Début de symbolisme, versus expressif.....	71
	<i>Réalisation de gestes symboliques</i> .....	72
	<i>Praxies bucco-faciales</i> .....	72
	<i>Proto langage, chantonnement</i> .....	73

<i>Début de pointage</i> .....	74
<i>En résumé</i> .....	76
5.2.8. NEC 5 : Langage signifiant, versus réceptif .....	77
<i>Compréhension d'une trentaine de mots</i>	
<i>en contexte/hors contexte</i> .....	77
<i>Désignation sur demande</i> .....	78
Désignation de personnes .....	78
Désignation d'objets réels et miniatures,	
puis de photos et d'images.....	78
5.2.9. NEC 5 : Langage signifiant, versus expressif .....	79
<i>Expression de mots et de mots phrases</i> .....	79
<i>Désignation spontanée</i> .....	80
De personnes.....	80
D'objets.....	81
Désignation de photos, d'images .....	81
<i>Mise en place d'une CAA</i> .....	83
<i>En résumé</i> .....	87
5.2.10. NEC 6 : Langage verbal, versus réceptif.....	87
<i>Compréhension de nombreux mots et verbes</i>	
<i>du quotidien</i> .....	87
<i>Désignation sur demande</i> .....	87
5.2.11. NEC 6 : Langage verbal, versus expressif.....	88
<i>Mots et mots phrases</i> .....	89
<i>Mots juxtaposés</i> .....	89
5.2.12. NEC 7 : Début de syntaxe, versus réceptif.....	89
<i>Compréhension de petites phrases</i> .....	90
<i>Compréhension de consignes simples</i> .....	90
5.2.13. NEC 7 : Début de syntaxe, versus expressif .....	90
<i>Début de syntaxe</i> .....	90
<i>Augmentation du vocabulaire</i> .....	91
<i>Les NEC 6 et 7 en résumé</i> .....	92
5.3. Conclusion.....	92
6. Troisième postulat : un outil facilitateur	
de communication n'a de sens que s'il est toujours	
accessible.....	95
7. Troisième objectif : veiller à l'accessibilité des outils.....	95



<b>Chapitre 5. Vignettes cliniques .....</b>	<b>99</b>
1. Adam, février 2017.....	99
1.1. Niveau de compétences, sur le plan réceptif.....	101
1.2. Niveau de compétences sur le plan expressif.....	101
1.3. Niveau d'émergences sur le plan réceptif.....	101
1.4. Niveau d'émergences sur le plan expressif.....	102
1.5. Déficits notables .....	103
1.6. Projet individualisé de communication .....	103
2. Julie, 9 ans .....	104
2.1. Niveau de compétences sur le plan réceptif.....	105
2.2. Niveau de compétences sur le plan expressif.....	105
2.3. Niveau d'émergences sur le plan réceptif.....	106
2.4. Niveau d'émergences sur le plan expressif.....	106
2.5. Déficits notables sur le plan réceptif : .....	107
2.6. Projet individualisé de communication .....	107
3. Ludovic, décembre 2016.....	108
3.1. Niveau de compétences sur le plan réceptif.....	111
3.2. Niveau de compétence sur le plan expressif .....	111
3.3. Niveau d'émergences sur le plan réceptif.....	111
3.4. Niveau d'émergences sur le plan expressif.....	112
3.5. Déficits notables .....	112
3.6. Projet individualisé de communication .....	112
4. Laly.....	113
4.1. Première évaluation .....	114
4.1.1. Niveau de compétences sur le plan réceptif .....	116
4.1.2. Niveau de compétences sur le plan expressif .....	117
4.1.3. Niveau d'émergences sur le plan réceptif.....	117
4.1.4. Niveau d'émergences sur le plan expressif.....	118
4.1.5. Déficits notables.....	118
4.1.6. Projet individualisé.....	119
4.2. Deuxième évaluation .....	120
4.2.1. Niveau de compétences sur le plan réceptif .....	124
4.2.2. Niveau de compétences sur le plan expressif .....	124
4.2.3. Niveau des émergences sur le plan réceptif.....	124
4.2.4. Niveau des émergences sur le plan expressif.....	124
4.2.5. Déficits notables.....	125
4.2.6. Diagnostic orthophonique.....	125
4.2.7. Projet individualisé de communication .....	125

4.3. Troisième évaluation .....	126
4.3.1. Compétences au niveau réceptif .....	128
4.3.2. Compétences au niveau expressif .....	129
4.3.3. Les émergences au niveau réceptif .....	129
4.3.4. Les émergences sur le plan expressif.....	130
4.3.5. Déficits notables.....	130
4.3.6. Projet individualisé de communication.....	130
<b>Conclusion.....</b>	<b>133</b>
<b>Quelques témoignages d'utilisateurs du CHESSEP .....</b>	<b>135</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>143</b>



## *CHESSEP >> Communication en situation de Handicap complexe : Évaluer, Situer, S'adapter, Élaborer un Projet individualisé.*

Ce dispositif pratique vise à mettre en place une communication adaptée et efficace avec les personnes souffrant d'un déficit de communication orale.

Pour faciliter la communication en situation de handicap complexe, l'auteur propose de suivre une démarche qui place la personne au centre de la réflexion. Elle est fondée sur :

- l'évaluation des besoins ;
- l'évaluation des forces et des faiblesses de la personne ;
- l'adaptation à son environnement ;
- l'élaboration d'un projet individualisé.

### L'auteur



**Dominique Crunelle** est orthophoniste et Docteur en sciences de l'éducation. Elle a exercé en CAMSP, en néonatalogie et en consultations hospitalières dans divers établissements médico-sociaux, et a été pendant vingt ans directrice de l'institut d'orthophonie de Lille II.

Associant ses travaux cliniques et universitaires, elle est actuellement formatrice.

### Publics :

- ▶ Orthophonistes
- ▶ Ergothérapeutes
- ▶ Psychologues
- ▶ Éducateurs spécialisés
- ▶ Tout aidant, familial ou professionnel, de personnes en situation de handicap complexe

ISBN 978-2-8073-2033-8



**deboeck** B  
SUPÉRIEUR

[www.deboecksuperieur.com](http://www.deboecksuperieur.com)