



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Estelle LAVIRON et Lorène PRAUD

soutenu publiquement en juin 2014 :

**E.C.C.A. : Évaluation des Compétences pour
une Communication Adaptée
Élaboration d'un outil d'orientation pour les personnes
autistes non verbales**

MEMOIRE dirigé par :

Docteur Marie-France LEMAN

Fabien PRUVOST, orthophoniste au SESSAD de DOUAI et à l'IME d'ANNŒULIN

Lille – 2014



Remerciements

Nous tenons à remercier vivement Madame Leman pour la richesse de ses enseignements et la qualité de ses observations et Monsieur Pruvost pour sa disponibilité, son accompagnement et ses encouragements tout au long de l'année.

Merci également à Juliette Akkari et Carole Lemerle pour leur confiance ainsi que leur enthousiasme pour notre projet.

Merci aux patients et à leurs familles pour leur participation.

Merci aux équipes de l'IME la Fontinelle et de l'IME le Graçalou de nous avoir accompagnées dans nos recherches.

Un merci tout particulier à Aurélien pour sa réactivité et ses conseils informatiques. Merci également à Pascale et Jérôme pour leur relecture attentive.

Merci Lorène pour ton implication sans faille, ton écoute et ta détermination.

Merci Estelle pour ton efficacité, ta patience et ton soutien si précieux.

Merci pour notre amitié.

Résumé :

Aujourd'hui, nous constatons qu'il n'existe pas d'évaluation des compétences de communication des personnes autistes non verbales en vue de l'utilisation d'une méthode de Communication Alternative et Augmentative (CAA).

Dans un tel contexte, nous avons élaboré un outil d'orientation vers une méthode de CAA intitulé E.C.C.A : Évaluation des compétences pour une Communication adaptée.

Nous avons répertorié les compétences nécessaires à l'utilisation de chaque méthode de CAA. Nous avons trouvé des items permettant d'évaluer précisément les capacités et déficits du patient, en nous adaptant à la spécificité des personnes autistes.

Notre outil se présente sous la forme d'un Livret de passation, accompagné de Consignes de cotation et d'un Tableau synthétique de cotation.

Notre outil propose également plusieurs représentations graphiques des résultats. Celles-ci permettent de visualiser l'orientation vers la méthode de CAA la plus adaptée, ainsi que de proposer des axes de travail pour que cette méthode puisse être investie dans le cadre du projet thérapeutique du patient.

Notre outil est novateur et permet une amélioration de la prise en charge de la communication chez les personnes autistes non verbales.

Mots-clés :

Autisme, compétences, méthode de communication alternative et augmentative, communication non verbale, évaluation, orientation

Abstract :

So far, we note that there isn't any evaluation to assess the communication skills of non verbal autistic people in order to use an Augmentative and Alternative Communication (AAC) method.

In such a context, we developed an orientation tool which may lead to an AAC method called E.C.C.A : Evaluation of Competences toward an Adapted Communication.

We have listed all the skills required to each use of AAC method. We have identified items allowing us to assess exactly the patient's qualities and deficits, by adjusting ourselves to autistic people's special features.

Our tool consists of a handbook, some note instructions and a synthetic table note. It also displays several graphical representations of the results. These suggest which AAC method may be more suitable for a patient and offers guidelines in order to use this method in the patient's therapy project.

Our tool offers a new therapy approach and improves the communication therapy of nonverbal autistic people.

Keywords :

Autism, skills, augmentative and alternative communication methods, nonverbal communication, evaluation, orientation

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	3
1. Définition de l'autisme	4
2. L'émergence de la communication	5
2.1. Définition de la communication	5
2.2. Pourquoi communiquer ? Les fonctions de communication	5
2.3. Les étapes usuelles du développement de la communication	6
2.3.1. Les cris, les pleurs : premiers échanges	6
2.3.2. Le contact corporel et visuel	6
2.3.3. Les mimiques	6
2.3.4. Le tour de rôle et l'attention conjointe	7
2.3.5. Les gestes conventionnels	7
2.3.6. Le développement sensorimoteur	7
2.3.7. Le jeu et l'accès au symbolisme	8
2.4. Points communs aux diverses émergences	8
2.4.1. L'intersubjectivité	8
2.4.2. La représentation du sens	8
2.4.3. L'appétence au langage	8
2.5. Une autre trajectoire de développement pour les enfants autistes	9
2.5.1. La notion d'émergence	9
2.5.2. Les émergences non formalisées chez les enfants autistes	9
3. Quelles compétences sont requises pour les méthodes de CAA ?	11
3.1. Présentation des différentes méthodes de CAA	11
3.2. Mises en évidence des compétences nécessaires pour chaque méthode de CAA	12
3.3. Définition des compétences socles	13
3.3.1. La notion de « compétence socle »	13
3.3.2. Émergence non formalisée de la communication	13
3.3.3. Contact visuel	14
3.3.4. Permanence de l'objet	14
3.4. Définitions des compétences	14
3.4.1. Pôle relationnel	14
3.4.1.1. Attention conjointe	14
3.4.1.2. Pointage	14
3.4.1.3. Imitation	15
3.4.2. Pôle concept	15
3.4.2.1. Permanence de l'objet	15
3.4.2.2. Niveau de représentation et d'abstraction	15
3.4.2.3. Accès au symbolisme	15
3.4.2.4. Accès à l'iconicité	15
3.4.3. Pôle visuel	16
3.4.3.1. Contact visuel	16
3.4.3.2. Attention visuelle	16
3.4.3.3. Discrimination visuelle	16
3.4.3.4. Mémoire visuelle	16
3.4.4. Pôle auditif	17
3.4.4.1. Réaction à un stimulus auditif	17
3.4.4.2. Attention auditive	17
3.4.4.3. Discrimination auditive	17

3.4.4.4.Mémoire auditive.....	17
3.4.5.Pôle motricité.....	17
4.L'évaluation.....	18
4.1.Pourquoi évaluer ?.....	18
4.2.Comment évaluer ?.....	18
4.3.Les outils d'évaluation et leurs critères de qualité.....	19
4.4.Évaluer les personnes autistes : les outils à disposition	19
4.4.1.Le PEP (Profil Psycho-Educatif).....	20
4.4.2.La BECS (Batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnelle).....	20
4.4.3.L'EFI (Évaluation des compétences Fonctionnelles pour l'Intervention)	21
4.4.4.Le COMVOOR	21
4.5.La spécificité de notre outil.....	22
5.Conclusion.....	22
Sujets, matériel et méthode.....	23
1.Cadre et population concernée.....	24
1.1.Cadre.....	24
1.2.Population-cible.....	24
1.3.A qui ce matériel s'adresse-t-il ?.....	24
2.Méthodologie.....	25
2.1.Travail préliminaire.....	25
2.1.1.Élaboration du tableau des compétences par méthode de CAA.....	25
2.1.2.Travail de définitions.....	25
2.1.2.1.Compétences socles.....	25
2.1.2.2.Compétences par CAA.....	25
2.1.3.Démarches administratives.....	26
2.2.Création de l'outil.....	26
2.2.1.Élaboration des questionnaires	26
2.2.2.Réflexions sur le déroulement de l'évaluation.....	27
2.2.2.1.Partie 1 : temps libre d'observation.....	27
2.2.2.2.Partie 2 : situation fonctionnelle.....	28
2.2.2.3.Partie 3 : situation formelle.....	28
2.2.3.Création des items.....	28
2.2.3.1.Méthode.....	28
2.2.3.2.Matériel.....	28
2.2.3.3.Déroulement.....	29
2.2.4.Élaboration des consignes de cotation.....	29
2.2.5.Élaboration du tableau synthétique de cotation.....	29
2.2.6.Création des représentations graphiques des résultats.....	29
2.2.6.1.Résultats des compétences socles.....	30
2.2.6.2.Résultats par pôles.....	30
2.2.6.3.Résultats par CAA.....	30
2.3.Réflexion sur le projet de communication des patients.....	30
Résultats.....	31
1.Introduction.....	32
2.Analyse des patients.....	32
2.1.Patient 1 : D.....	32
2.1.1.Présentation du patient.....	32
2.1.2.Résultats des compétences socles.....	33
2.1.3.Résultats par pôles.....	33
2.1.4.Résultats par CAA.....	33
2.1.5.Préconisations.....	33

2.2.Patient 2 : G.....	34
2.2.1.Présentation du patient.....	34
2.2.2.Résultats des compétences socles.....	34
2.2.3.Résultats par pôles.....	35
2.2.4.Résultats par CAA.....	35
2.2.5.Préconisations.....	36
2.3.Patient 3 : Ic.....	36
2.3.1.Présentation du patient.....	36
2.3.2.Résultats des compétences socles.....	37
2.3.3.Résultats par pôles.....	37
2.3.4.Résultats par CAA.....	38
2.3.5.Préconisations.....	38
2.4.Patient 4 : Ik.....	39
2.4.1.Présentation du patient.....	39
2.4.2.Résultats des compétences socles.....	39
2.4.3.Résultats par pôles.....	40
2.4.4.Résultats par CAA.....	40
2.4.5.Préconisations.....	41
2.5.Patient 5 : J.....	41
2.5.1.Présentation du patient.....	41
2.5.2.Résultats des compétences socles.....	42
2.5.3.Résultats par pôles.....	42
2.5.4.Résultats par CAA.....	43
2.5.5.Préconisations.....	43
2.6.Patient 6 : M.....	44
2.6.1.Présentation du patient.....	44
2.6.2.Résultats des compétences socles.....	45
2.6.3.Résultats par pôles.....	45
2.6.4.Résultats par CAA.....	46
2.6.5.Préconisations.....	46
2.7.Patient 7 : N.....	47
2.7.1.Présentation du patient.....	47
2.7.2.Résultats des compétences socles.....	48
2.7.3.Résultats par pôles.....	48
2.7.4.Résultats par CAA.....	49
2.7.5. Préconisations.....	49
2.8.Patient 8 : P.....	50
2.8.1.Présentation du patient.....	50
2.8.2.Résultats des compétences socles.....	50
2.8.3.Résultats par pôles.....	51
2.8.4.Résultats par CAA.....	51
2.8.5.Préconisations.....	52
2.9. Patient 9 : S.....	52
2.9.1.Présentation du patient.....	52
2.9.2.Résultats des compétences socles.....	53
2.9.3.Résultats par pôles.....	53
2.9.4.Résultats par CAA.....	54
2.9.5.Préconisations.....	54
2.10.Patient 10 : Va.....	55
2.10.1.Présentation du patient.....	55
2.10.2.Résultats des compétences socles.....	56
2.10.3.Résultats par pôles.....	56

2.10.4.Résultats par CAA.....	57
2.10.5.Préconisations.....	57
2.11.Patient 11 : Vic.....	58
2.11.1.Présentation du patient.....	58
2.11.2.Résultats des compétences socles.....	58
2.11.3.Résultats par pôles.....	59
2.11.4.Résultats par CAA.....	59
2.11.5.Préconisations.....	60
2.12.Patient 11 : Viv.....	60
2.12.1.Présentation du patient.....	60
2.12.2.Résultats des compétences socles.....	61
2.12.3.Résultats par pôles.....	61
2.12.4.Résultats par CAA.....	62
2.12.5.Préconisations.....	62
Discussion.....	64
1.Constat.....	65
2.Critiques de l'outil.....	65
2.1.Difficultés rencontrées.....	65
2.1.1.Spécificité de l'évaluation des personnes autistes.....	65
2.1.2.La permanence de l'objet : une compétence socle ?	66
2.1.3.Hiérarchie des compétences.....	67
2.1.4.Autre compétence à évaluer : le niveau de présentation.....	67
2.1.5.Items pas toujours adaptés	67
2.1.5.1.La sous-partie « Perles ».....	67
2.1.5.2.Nombre insuffisant d'items pour évaluer certaines compétences.	68
2.1.5.3.Les images comme support.....	68
2.1.5.4.L'item Réaction à un stimulus auditif.....	68
2.1.5.5.Difficultés d'interprétation de certains items.....	68
2.1.6.Difficulté à trouver des épreuves spécifiques.....	69
2.2.Apports de notre travail.....	69
2.2.1.Apport du temps d'observation libre.....	69
2.2.2.Association des items aux définitions des compétences.....	69
2.2.3.Retours positifs de l'équipe éducative.....	70
3.Validation des hypothèses.....	70
4.Intérêt pour l'orthophonie.....	72
5.Ouverture.....	73
Conclusion.....	74
Bibliographie.....	76
Liste des annexes.....	79
Annexe n°1 : Tableau des compétences par CAA.....	80
Annexe n°2 : Questionnaire aux parents.....	80
Annexe n°3 : Questionnaire aux éducateurs.....	80
Annexe n°4 : Photos du matériel.....	80
Annexe n°5 : Livret de passation.....	80
Annexe n°6 : Consignes de cotation.....	80
Annexe n°7 : Tableau de cotation.....	80

Introduction

“To effectively communicate, we must realize that we are all different in the way we perceive the world and use this understanding as a guide to our communication with others.” [Pour communiquer avec efficacité, nous devons prendre conscience que nous sommes tous différents dans la manière dont nous percevons le monde et nous devons utiliser cette compréhension comme guide pour notre communication avec les autres.]

Cette réflexion de l'américain Tony Robbins, psychologue du développement personnel, est valable pour la communication entre tout individu. Elle prend un sens encore plus fort dans le cadre d'une communication avec des personnes autistes. Les personnes Asperger décrivent et revendiquent eux-mêmes l'autisme comme une façon de percevoir le monde différemment des autres. Le premier principe à respecter, dans le cadre de l'autisme, est ce constat de la différence qui existe entre les manières, propres à chaque individu, de percevoir le monde. Ainsi nous pourrions donner à ceux qui ne l'ont pas d'emblée ce droit de communiquer, en faisant l'effort de les comprendre et d'envisager leur propre conception du monde.

C'est cette idée - chaque personne est différente dans sa manière de concevoir le monde - que nous avons choisie comme jalon du travail de recherche de ce mémoire. C'est à partir de cette connaissance et de cette compréhension de l'autre que pourra s'élaborer la communication. Une communication qui, pour tout orthophoniste est une priorité.

Ainsi nous cherchons à créer un outil évaluant l'ensemble des compétences de la personne autiste afin de l'orienter vers une méthode de communication alternative et augmentative (CAA). Selon l'expression utilisée par Tony Robbins. les personnes autistes seraient en mesure de « communiquer avec efficacité »,

Cette tâche a été amorcée l'an dernier dans le cadre du mémoire « *Vers une communication alternative : outil d'évaluation pour l'orientation de personnes non-verbales avec autisme* ». Nous reprenons ce travail afin de poursuivre la réflexion entreprise.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Définition de l'autisme

Même si l'autisme a toujours existé, il a été décrit pour la première fois en 1943 par le pédopsychiatre Léo Kanner. Aujourd'hui, il est défini comme un trouble neuro-développemental survenant avant l'âge de 3 ans. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), il concerne 2 enfants sur 1000. Les causes, encore mal connues, seraient d'origine multifactorielle.

L'autisme est présenté dans plusieurs classifications ; principalement la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} Révision) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 4^{ème} édition, texte révisé). Ces 2 classifications incluent l'autisme dans les Troubles Envahissants du Développement (TED).

D'après les critères de la CIM-10, l'autisme est caractérisé par « un développement altéré, manifeste avant l'âge de 3 ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des 3 domaines suivants : altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, altérations qualitatives de la communication, comportement au caractère restreint, répétitif et stéréotypé ». Cette triade autistique peut s'accompagner d'autres troubles comme des phobies, des crises colériques, des troubles de l'alimentation et du sommeil ou des gestes auto-agressifs. Il faut par ailleurs exclure les perturbations liées au syndrome de Rett ou à un autre désordre désintégratif de l'enfance.

D'après la classification du DSM-IV, on retrouve un déficit de la communication verbale et non verbale. Le langage peut se développer comme ne pas se développer. Dans le cas où le langage apparaît, les structures grammaticales sont erronées et la prosodie déviante. Le discours est stéréotypé et répétitif ou bien idiosyncrasique (il n'est compréhensible que par certaines personnes en fonction du contexte). La compréhension est difficile et la pragmatique inadaptée, tandis que l'imagination est souvent absente.

2. L'émergence de la communication

2.1. Définition de la communication

La communication est un échange d'informations entre deux personnes : le destinataire (ou émetteur) et le destinataire (ou récepteur). Ils échangent un message qui passe par un contact ou canal. Ce message véhiculé est dépendant d'un code commun ainsi que d'un contexte.

La communication dépend de règles conversationnelles telles que le respect des tours de parole, l'initiation et le maintien de l'échange, le respect du thème de la conversation, l'adaptation au contexte. Elle est autant verbale que non verbale.

Selon le psychologue Paul Watzlawick, « on ne peut pas ne pas communiquer ».

2.2. Pourquoi communiquer ? Les fonctions de communication.

De nombreux linguistes se sont posé la question de la fonction et de l'intention de la communication. D'après Jakobson, communiquer comporte 6 fonctions :

- La fonction référentielle, la plus importante des fonctions, permet de transmettre des informations sur le monde. Elle est relative au contexte.
- La fonction expressive, relative à l'émetteur, renseigne le récepteur sur sa propre personnalité ou ses propres pensées.
- La fonction conative est utilisée pour faire pression sur le récepteur et l'influencer dans ses idées.
- La fonction poétique est centrée sur la forme et met en scène tout l'art du langage.
- La fonction phatique, s'intéressant au message, permet d'établir, maintenir ou interrompre la communication. Elle vérifie si le message est bien passé.
- La fonction métalinguistique est l'explication du code par le code. Elle apporte des précisions sur les propos de l'interlocuteur.

Les personnes autistes utilisent préférentiellement la fonction référentielle du langage. En effet, l'objectif principal de la communication des autistes est l'expression des besoins du quotidien.

2.3. Les étapes usuelles du développement de la communication

Les études antérieures restreignaient le bébé à un être passif qui ne commençait à communiquer que lorsqu'il prononçait ses premiers mots. Aujourd'hui, le bébé est considéré comme un être actif qui développe des compétences précoces, tant réceptives qu'expressives.

Chez les enfants autistes, on peut voir des signes d'alerte, apparaissant précocement dans chaque domaine de la communication. On retrouve dès le plus jeune âge une fuite du regard, une absence du sourire social, des vocalisations peu nombreuses, des contacts corporels inadaptés et un développement sensorimoteur déviant, mais aussi un désintérêt pour l'imitation des gestes sociaux et une impression globale d'apathie.

Les manifestations de communication décrites ci-dessous concernent les enfants n'ayant pas de trouble communicationnel. Ainsi nous pourrons ensuite observer la différence qui existe avec le développement de la communication chez les enfants autistes.

2.3.1. Les cris, les pleurs : premiers échanges

Dès le ventre de sa mère, le bébé développe des capacités sensorielles, olfactives et auditives. Par les cris et les pleurs marquant sa venue au monde, il manifeste sa présence et se positionne comme un être à part entière. L'adulte répond à ses sollicitations par des soins comme le change ou le bain, ou par des moments privilégiés comme les caresses et les câlins. Par ces processus de cause à effet, le bébé commence à comprendre la nature des relations avec son entourage.

2.3.2. Le contact corporel et visuel

Le contact corps à corps fait partie des instants privilégiés de communication avec l'interlocuteur, notamment avec la mère. Par l'échange de sensations corporelles, le bébé se sent en sécurité ; c'est le moment où s'instaurent des relations duelles qui entraînent des acquisitions, tel que le contact visuel. Le bébé devient alors capable de regarder son interlocuteur et de le suivre des yeux.

2.3.3. Les mimiques

Le bébé commence à développer d'autres compétences à partir de la capacité d'imitation. Il s'intéresse particulièrement au visage et aux différentes expressions faciales. En réponse aux mimiques de son entourage, il va à son tour en produire : le

sourire apparaît, ainsi que les froncements de sourcils ou encore les moues, qui montrent son mécontentement. Il comprend qu'il n'obtient pas la même chose en fonction de ses diverses actions.

2.3.4. Le tour de rôle et l'attention conjointe

Le tour de rôle apparaît également dès les premiers mois. Le bébé apprend à écouter les productions vocales de son interlocuteur et à y répondre au moment opportun. Les prises de parole qui respectent le tour de chacun permettent d'introduire les futures règles conversationnelles.

Au cours de la première année, le bébé développe la capacité d'attention conjointe. D'après Adrien (1996), celle-ci est « la capacité à regarder avec l'autre le même objet, à le pointer et à alterner le regard entre la personne et l'objet ». Le regard et le pointage proto-déclaratif (produit pour attirer l'attention de l'autre sur ce qui nous intéresse) sont donc nécessaires à l'acquisition de l'attention conjointe.

Pour d'autres auteurs, l'attention conjointe permettrait une référence commune : on aurait alors besoin d'un seul intérêt commun, autour d'un objet ou d'une personne, sans utilisation du pointage. Cela constituerait le point de départ de l'acquisition de la compétence lexicale.

Par ailleurs, l'attention conjointe serait le fondement de la théorie de l'esprit.

2.3.5. Les gestes conventionnels

Bates et al. (1979) considèrent que les gestes conventionnels sont des précurseurs de symboles. Ces gestes, bien que choisis arbitrairement, sont à valeur de message signifiant. Par exemple, le fait d'agiter la main permet de dire "au revoir". Il faut pouvoir décoder cet acte – le fait d'agiter la main – pour comprendre le sens de ce geste communicatif.

2.3.6. Le développement sensorimoteur

Le bébé passe par plusieurs étapes de développement moteur appelées des schèmes sensorimoteurs. Au départ incapable de contrôler ses mouvements, le bébé les ajuste en commençant à coordonner ses mains et ses yeux, en se redressant progressivement jusqu'à la station assise, puis en apprenant à marcher. Au cours de ces étapes, les explorations de son environnement se multiplient. Il peut désormais connaître les différents objets grâce à ses découvertes sensorielles. Il intègre alors l'adulte dans ses recherches en lui prenant la main et lui montrant de plus près l'objet convoité. C'est le début de l'intentionnalité.

2.3.7. Le jeu et l'accès au symbolisme

D'autres études, initiées par Piaget, montrent que le jeu est un aspect primordial dans le développement de l'enfant en général, et sur l'apparition de la communication en particulier. Vers le début de la deuxième année apparaît le jeu de "faire-semblant". L'enfant s'amuse à détourner un objet de son utilisation réelle. Il sait aussi évoquer un objet en son absence et peut alors parler d'une chose dans un autre contexte. L'apparition de ce qu'on appelle le jeu symbolique permet donc d'enrichir les situations de communication.

2.4. Points communs aux diverses émergences

2.4.1. L'intersubjectivité

A travers ces différentes acquisitions, le bébé vit la notion d'intersubjectivité nécessaire à toute communication. Selon Bernard Golse (2013), elle se définit comme « la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes distinctes ayant chacune des intentions, des désirs différents ». Cet auteur utilise la métaphore de l'araignée pour préciser le concept : « se différencier sans se perdre, c'est-à-dire se distancier de l'autre tout en demeurant en relation avec lui, c'est-à-dire encore se détacher sans s'arracher » Le bébé doit donc accéder au sentiment qu'il est une personne à part entière, indépendante de sa mère.

2.4.2. La représentation du sens

Le point commun à toutes ces émergences est la représentation du sens. Le bébé doit être capable d'associer des notions symboliques et ainsi de faire le lien entre le signifiant et le signifié. Pour cela, il doit être doté d'un certain niveau de développement pour comprendre le monde qui l'entoure, s'inscrire dans une relation active avec son environnement et ainsi pouvoir accéder à la communication.

2.4.3. L'appétence au langage

Enfin, le bébé doit avoir l'envie de communiquer. Son appétence au langage se développe par l'exploration de l'environnement et par la relation avec autrui. L'enfant grandit et toutes ses découvertes l'incitent à partager ses expériences. Il cherche un moyen de les exprimer : la communication en découle. Les signes qui montrent l'intention de communiquer sont repérables : l'enfant identifie sa cible, montre un intérêt particulier vers celle-ci en la pointant ou en la regardant. Il cherche l'attention

de l'adulte et persévère jusqu'à l'obtention du but. Puis il continue à s'intéresser à l'objet une fois celui-ci obtenu.

2.5. Une autre trajectoire de développement pour les enfants autistes

2.5.1. La notion d'émergence

D'un point de vue formel, nous ne parlons pas de « pré-requis » car cette notion induit une relation hiérarchique entre deux éléments, comme s'il fallait nécessairement passer par une étape pour atteindre la suivante. Or, le développement de la communication de l'enfant autiste se produit de façon atypique ce qui remet en question le passage indispensable par ces « pré-requis ». C'est pourquoi nous préférons le terme d' « émergence », qui nous paraît plus approprié du point de vue de la spécificité du développement de l'enfant autiste.

2.5.2. Les émergences non formalisées chez les enfants autistes

Dans le cadre de l'autisme, nous parlons d'émergences « non formalisées ». En effet, ces émergences, chez les enfants autistes sont atypiques et différent d'un enfant à un autre. Parfois ces stades de développement sont absents de sorte qu'on peut penser que la communication ne s'instaure pas du tout. D'autres fois, l'enfant autiste peut passer par certains stades de développement mais il y passe alors de manière inhabituelle. Cela ne fait pas écho en nous à un stade de développement connu et interprétable.

En effet, influencés par nos représentations, nous recherchons chez les enfants les marques de ces étapes de développement typiques, comme si elles étaient seules garantes d'une construction du langage ; nous ne remarquons pas les émergences de la communication.

Par exemple, l'enfant autiste va chercher à instrumentaliser la main de l'adulte. Il la prend pour l'emmener quelque part ou lui faire faire quelque chose à sa place. Il peut aussi encore prendre ses chaussures et son manteau pour signifier qu'il veut aller se promener. Ces exemples, bien qu'inhabituels dans nos représentations, montrent une autre façon de communiquer.

De plus, chez les enfants autistes, on peut observer une grande hétérogénéité dans les acquisitions : « certains éléments de l'étape pré-linguistique n'étant pas encore constitués alors que l'enfant possède déjà quelques notions syntaxiques. »

(Briso-Dubois, 2005). On notera notamment, chez les enfants autistes, l'impossibilité de regarder leur interlocuteur en face, tandis que le langage oral est déjà constitué et fonctionnel. Par ailleurs, des compétences peuvent apparaître dans certaines circonstances et avec certains interlocuteurs. Cette variabilité doit être prise en compte pour enrichir la réflexion sur l'émergence de cette communication différente.

Par conséquent, il faut garder à l'esprit que les enfants autistes utilisent d'autres trajectoires de développement et qu'ainsi, ils créent un mode de communication qui leur est propre.. C'est à ce mode de communication que nous devons nous adapter si nous souhaitons pouvoir les comprendre.

3. Quelles compétences sont requises pour les méthodes de CAA ?

Nous avons référencé les compétences nécessaires pour chaque méthode de Communication Alternative et Augmentative. Nous avons ensuite défini chacune des compétences et sélectionné les compétences socles nécessaires pour communiquer.

3.1. Présentation des différentes méthodes de CAA

Nous nous intéressons à 5 méthodes de CAA :

- **Les aides gestuelles** : le principe est de proposer des gestes iconiques issus de la LSF (Langue des Signes Française) parallèlement à la production verbale, que l'on introduit comme renforçateurs de l'énoncé oral.
- **Les aides visuelles** : elles sont constituées de tout un ensemble de « cartes de communication », qui se présentent sous différents supports (emploi du temps, tableau, classeur, cahier ...) et qui se basent sur la prise en compte d'éléments visuels pour communiquer.
- **Le Makaton** : qui est décrit comme une « approche multimodale de la communication associant la parole, les signes et/ou les pictogrammes ».
- **Le PECS** (Picture Exchange Communication System) ou système de communication à base d'échange d'images : dans cette méthode, pour formuler une demande, il faut prendre une image et la donner à son interlocuteur.
- **Les téléthèses** : ce sont des appareils parlants qui délivrent un message préenregistré (à base de phonème, syllabe, mot ou même phrase) sur pression d'une ou plusieurs touches.

Ces 5 systèmes de communication ne sont pas à placer sur le même plan. Le PECS et le MAKATON sont à proprement parler des méthodes de communication. Les téléthèses sont des outils informatiques qui se substituent à la parole. Les aides visuelles et gestuelles sont quant-à elles un regroupement de différents dispositifs dont le support est commun (visuel ou gestuel).

Elles ont cependant chacune un intérêt pour la mise en place de la communication des personnes autistes, c'est pourquoi nous les considérons comme des méthodes de CAA.

3.2. Mises en évidence des compétences nécessaires pour chaque méthode de CAA

Nous avons organisé les compétences par méthode de CAA au sein d'un tableau (Tableau des compétences par CAA : Annexe 1) à double entrée incluant compétences et méthode, afin d'avoir une vue d'ensemble. De la sorte, il est possible de comparer très rapidement les éléments répertoriés. Nous avons veillé à créer des rubriques – les pôles – et à hiérarchiser le contenu de ces rubriques, toujours dans un souci de clarté et de lisibilité.

D'autre part, nous avons proposé une représentation plus visuelle et plus claire de cette mise en évidence des compétences par méthode de CAA. Celles-ci y sont représentées comme les pétales d'une fleur dont le cœur est constitué des compétences socles (Image I).

Précisons que nous parlons des compétences nécessaires à la communication sur ses deux versants : expression et compréhension.

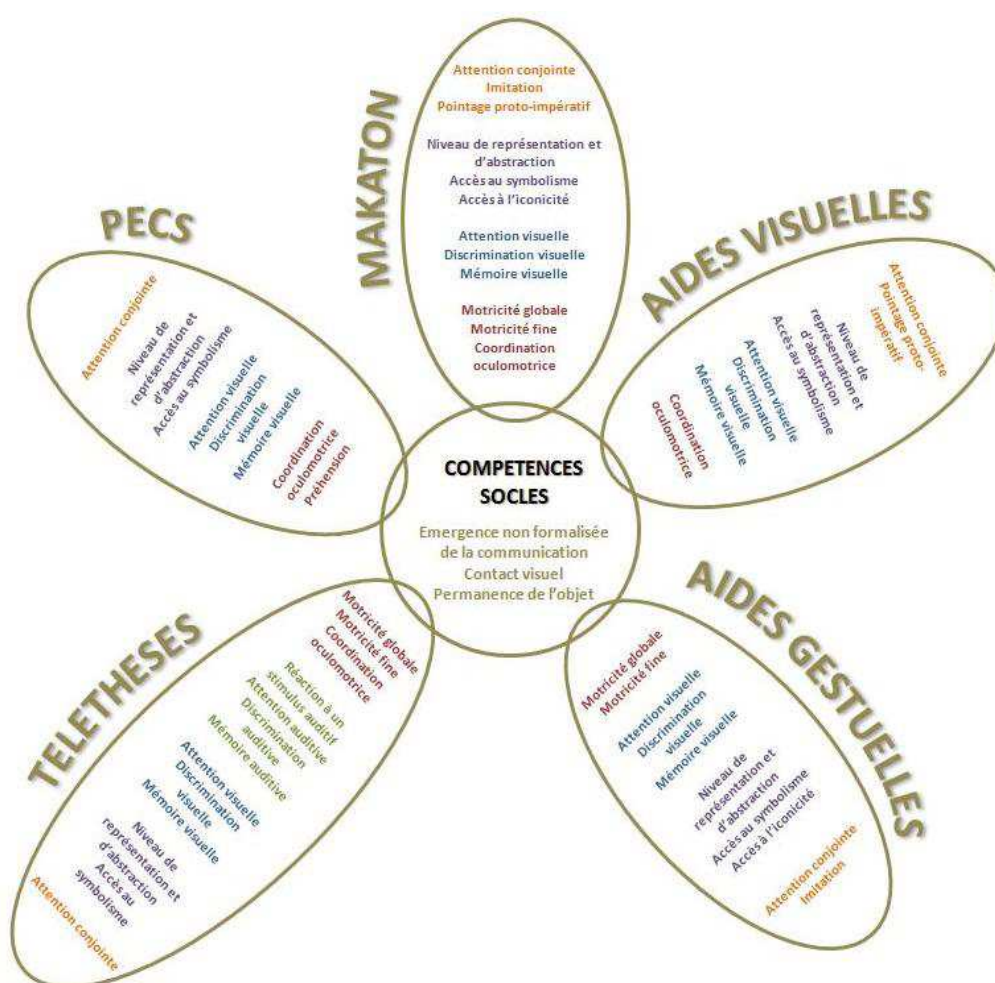


Image I _ Représentation en fleur

3.3. Définition des compétences socles

3.3.1. La notion de « compétence socle »

Les compétences socles de la communication (appelées parfois dans la littérature « pré-requis » ou « précurseurs ») sont les compétences de base sur lesquelles se construisent et se développent la communication. Elles forment un début de communication ou permettent une émergence de cette communication.

Nous avons cherché à mettre en lien directement la compétence socle avec les méthodes de CAA, comme une compétence qui permettra d'établir la méthode de communication.

Dans le mémoire « *Vers une communication alternative : outil d'évaluation pour l'orientation de personnes non-verbales avec autisme* », trois compétences avaient été considérées comme des « compétences socles » : l'émergence non formalisée de la communication, la perception visuelle (appelée également parfois « contact visuel ») et la réaction à un stimulus auditif.

Nous nous sommes interrogées sur ces trois compétences, en les mettant en lien avec l'idée de « compétence socle ». Nous considérons que l'émergence non formalisée de la communication ainsi que le contact visuel constituent bien les éléments nécessaires pour l'entrée dans la communication. En revanche, nous nous sommes rendu compte que la perception auditive n'était utile que dans très peu de cas, dans les méthodes de CAA et qu'on ne pouvait l'affirmer comme une compétence socle. Nous avons sélectionné la permanence de l'objet comme troisième compétence socle.

3.3.2. Émergence non formalisée de la communication

Nous parlons d'« émergence non formalisée de la communication » car, les enfants autistes développent leur communication selon une trajectoire spécifique.

Par ces termes, nous n'attendons pas une émergence puis une autre, selon une hiérarchie donnée mais plutôt des signes appelant à la communication qui peuvent apparaître de manière ponctuelle et instable. On sera attentif à un comportement de l'enfant qui fait des tentatives pour se mettre en relation avec le monde. L'émergence non formalisée de la communication se présentera sous la forme d'un intérêt pour la communication. Ces signes témoignant de cet intérêt pourront ne pas être attendus par l'interlocuteur, mais il devra s'y adapter et les interpréter comme tels.

3.3.3. Contact visuel

Nous avons retenu, comme deuxième compétence socle, le contact visuel. En effet, chacune des méthodes de CAA implique des compétences dans le pôle visuel et notamment la plus basique ; le contact visuel.

Le contact visuel est le fait de se mettre en lien visuellement avec l'environnement. Il s'agit de prendre en compte des informations de manière visuelle.

Il ne faut pas faire l'amalgame avec un « contact oculaire », c'est-à-dire d'œil à œil où l'enfant regarderait son interlocuteur dans les yeux. Ce contact oculaire est difficile pour les personnes autistes : son absence constitue un des signes précurseurs d'autisme. C'est pourquoi nous parlons d'un contact visuel connectant le regard et l'objet.

3.3.4. Permanence de l'objet

Nous avons défini une troisième compétence socle indispensable pour chacune des méthodes de CAA : la permanence de l'objet.

Elle constitue le premier niveau de la conceptualisation du monde. Elle est la connaissance, par le sujet, que les objets qui l'entourent ont une existence en dehors de lui-même et aussi qu'ils continuent d'exister, même s'il ne les perçoit pas. Il faut savoir que l'objet existe, en tant que tel, pour pouvoir l'évoquer, le demander.

3.4. Définitions des compétences

3.4.1. Pôle relationnel

3.4.1.1. Attention conjointe

L'attention conjointe est la capacité à orienter son regard vers un même objet que le partenaire avec lequel on interagit. C'est le fait d'accepter ou de créer une triangulation entre un objet et les deux acteurs de la communication. Elle témoigne alors d'une intentionnalité et d'une intersubjectivité.

L'attention conjointe est également le fait d'attirer l'attention de quelqu'un sur un centre d'intérêt que l'on veut partager avec lui. Cela introduit alors le pointage proto-déclaratif, où il s'agit de montrer un objet du doigt pour que l'intérêt de l'autre se porte sur cet objet.

3.4.1.2. Pointage

Le pointage est une compétence qui est peu présente chez les personnes

autistes non verbales. Nous spécifions ici que la compétence nécessaire à certaines CAA est le pointage proto-impératif (qui est le fait de demander un objet en le pointant du doigt). Celui-ci est moins déficitaire chez les personnes autistes que le pointage proto-déclaratif.

3.4.1.3. Imitation

La capacité d'imitation est une compétence qui nécessite une acquisition dans le cadre de l'autisme, alors que chez l'enfant ne présentant pas de trouble développemental, elle s'installe de façon naturelle ; en effet il faut que l'enfant autiste comprenne que par l'imitation d'autrui, il parviendra à se faire comprendre, à entrer en lien avec l'autre et donc à créer les fondements d'une communication.

3.4.2. Pôle concept

3.4.2.1. Permanence de l'objet

La permanence de l'objet est l'une des trois compétences sociales. Elle se présente comme la base de la pensée conceptuelle et est le premier stade dans le pôle concept. La permanence de l'objet est indispensable à la conceptualisation du monde, ce qui amènera par la suite à être capable d'évoquer le monde et donc de communiquer pour l'évoquer.

3.4.2.2. Niveau de représentation et d'abstraction

Le stade suivant est le niveau de représentation et d'abstraction qui correspond à la capacité à avoir accès à l'abstraction (même minime), à se représenter mentalement les objets ou des situations non perçues.

3.4.2.3. Accès au symbolisme

L'accès au symbolisme consiste à pouvoir évoquer ces objets ou situations non présents que l'on s'est au préalable représentés mentalement. Cette évocation se fera par l'utilisation de signes, de symboles. Avoir accès au symbolisme, c'est avoir la capacité de faire le lien entre le référent et l'objet – soit le signifiant et le signifié. Le symbolisme est un champ large de représentation qui englobe tout type de représentation et qui ne spécifie pas de ressemblance avec le réel.

3.4.2.4. Accès à l'iconicité

L'iconicité est un terme usité généralement dans le cadre de la LSF, développé par le linguiste Cuxac (1996), qui décrit ainsi le concept : « L'iconicité d'image est l'existence d'un lien de ressemblance direct, plus ou moins étroit, entre

le référent et le signe qui s'y rapporte. »

S'il est iconique, un signe ou un symbole porte intrinsèquement, dans sa représentation, le sens qu'il veut émettre. C'est le fait que la représentation soit fidèle à ce qu'elle cherche à représenter. Par exemple, en LSF, on signifie le mot « brosse à dents » par le va-et-vient de l'index devant les dents qui imite le fait de se brosser les dents. L'iconicité diffère du symbolisme dans lequel il n'y a pas forcément de lien explicite entre le référant et le référé.

3.4.3. Pôle visuel

3.4.3.1. Contact visuel

Le contact visuel est l'une des trois compétences sociales. C'est la compétence visuelle la plus élémentaire. Nous n'utiliserons pas les termes de « perception visuelle » car ils relèvent d'une possibilité fonctionnelle de vision, cas que nous ne traitons pas ici.

3.4.3.2. Attention visuelle

Selon la définition de William James (1890), « L'attention est la prise de possession par l'esprit, [...] d'un objet [...] parmi plusieurs qui semblent possibles [...] Elle implique le retrait de certains objets afin de traiter plus efficacement les autres ».

D'un point de vue visuel, elle est donc la capacité du cerveau à sélectionner certains stimuli visuels parmi tous ceux qui sont proposés, en rejetant ceux qui ne sont pas pertinents. Cela implique alors que la personne qui regarde soit active dans son contact visuel et traite les informations qui sont reçues selon leur pertinence.

3.4.3.3. Discrimination visuelle

La discrimination visuelle est la capacité à détecter des caractéristiques propres aux stimuli visuels afin de pouvoir les différencier quand ils sont présentés successivement. Ainsi, elle implique la possibilité de comparer, classifier, associer, appairer des objets selon leurs différences ou leurs similarités.

3.4.3.4. Mémoire visuelle

La mémoire est la capacité de stocker, conserver et faire revenir à l'esprit une connaissance, une expérience acquise antérieurement.

La mémoire visuelle est donc la capacité à associer l'information visuelle immédiate aux expériences visuelles antérieures (sur un temps plus ou moins court).

3.4.4. Pôle auditif

3.4.4.1. Réaction à un stimulus auditif

Au premier stade du niveau auditif, on trouve la capacité à entendre un son et à montrer une réaction à ce son (que nous appelons ici « stimulus auditif », puisque c'est un son qui est produit à visée de stimulation auditive). Il s'agit donc, à ce stade de percevoir le son, sans forcément lui donner du sens.

Ce stade est important, d'autant plus que les personnes autistes peuvent avoir une hypersensibilité ou au contraire une hyposensibilité à certains sons. Il n'est pas rare de penser qu'un enfant autiste a une surdité, du fait de sa non-réaction à un son.

3.4.4.2. Attention auditive

L'attention auditive est la capacité du cerveau à sélectionner certains stimuli auditifs parmi tous ceux qui sont proposés, en rejetant ceux qui ne sont pas pertinents. Cela implique alors que la personne qui regarde soit active dans son écoute et traite les informations qui sont reçues selon leur pertinence.

3.4.4.3. Discrimination auditive

La discrimination auditive est la capacité à détecter des caractéristiques propres aux stimuli auditifs afin de pouvoir les différencier quand ils sont présentés successivement. Ainsi, elle implique la possibilité de comparer, classifier, associer, appairer des objets selon leurs différences ou leurs similarités. A ce stade, le sens du son prend son importance.

3.4.4.4. Mémoire auditive

La mémoire auditive est la capacité à associer l'information auditive immédiate aux expériences auditives antérieures (sur un temps plus ou moins court).

3.4.5. Pôle motricité

Nous y avons référencé la motricité gestuelle globale, qui concerne les mouvements du corps dans sa globalité ou des bras ; la motricité gestuelle fine, qui se concentre sur les mouvements des mains et plus précisément des doigts ; la coordination oculomotrice, qui est l'ajustement du geste par le regard ; la préhension, appelée aussi pince pouce-index car elle est le fait de saisir un objet entre son pouce et son index.

4. L'évaluation

4.1. Pourquoi évaluer ?

Selon Catherine Tourrette (2011), « l'objectif d'une évaluation des enfants porteurs de déficiences ou de troubles du développement est d'obtenir les informations nécessaires à l'amélioration du développement et de la qualité de vie de ces enfants. ». L'évaluation est la résultante d'une demande. Celle-ci émane le plus souvent des professionnels et permet d'orienter les choix et les modalités de l'évaluation. Ces derniers doivent adapter l'évaluation en fonction de leurs buts : pose d'un diagnostic, admission dans une institution, construction d'un projet thérapeutique ou éducatif, organisation d'un suivi ou d'une orientation.

Concernant les enfants ayant un polyhandicap, Millan (2001) affirme que l'objectif de l'évaluation est « la recherche des potentialités d'apprentissage et des capacités émergentes dans différents domaines, dans l'objectif de mettre en place un projet éducatif particulier, visant à développer les potentiels en partie objectivés. ». Il conçoit l'évaluation comme une démarche préalable à l'intervention. Cette démarche s'inscrit donc dans le temps, ce qui permettra à l'enfant d'exprimer ses capacités.

4.2. Comment évaluer ?

Pour évaluer les compétences d'un enfant, il faut l'approcher dans sa globalité, en multipliant les points de vue sur lui : différentes personnes, différents contextes et différentes situations. Il est important de croiser les informations recueillies : des entretiens ou des questionnaires procurent des points de vue différents sur le patient.

Une période d'observation est primordiale car elle permet d'observer le patient dans sa communication spontanée. Ce temps d'observation se compose généralement d'activités non dirigées. Par la suite, on propose une évaluation plus ciblée qui se concentre sur les compétences recherchées, notamment par le biais de tests et autres outils d'évaluation.

La durée de l'évaluation varie en fonction de ce qui est recherché. Il est important de prendre en compte des données qualitatives telles que la fatigabilité du patient ou sa disponibilité.

4.3. Les outils d'évaluation et leurs critères de qualité

Des tests et des outils sont à disposition des thérapeutes pour l'évaluation des patients. Ils sont généralement élaborés en référence à des modèles théoriques, décrivant les processus cognitifs sous-jacents. Ils offrent la possibilité d'observer rigoureusement les deux versants de la communication : réception ou expression.

Ces outils d'évaluation doivent répondre à certains critères de qualité. Les plus importants sont :

- la sensibilité : c'est la capacité d'un test à détecter la compétence, lorsque celle-ci est présente.
- la spécificité : c'est la capacité d'un test à identifier un déficit, lorsque celui-ci est présent.
- la validité : c'est la qualité d'un test qui mesure bien ce qu'il est censé mesurer.
- la fidélité : c'est la qualité d'un test qui mesure des résultats identiques même lorsque les situations expérimentales varient.

Dans l'élaboration de notre outil, nous essayerons de respecter au maximum ces différents critères. Nous tenterons de répondre à la sensibilité et à la spécificité en fondant des items permettant de faire connaître les compétences et déficits de la personne autiste. Nous nous intéresserons à la validité en cherchant des items capables d'évaluer ce qu'ils doivent réellement évaluer. Nous nous assurerons également de la fidélité de notre outil en cherchant à limiter les interférences dues au changement d'examineur.

4.4. Évaluer les personnes autistes : les outils à disposition

L'évaluation des personnes autistes ne s'inscrit pas dans la même optique que pour les patients ne présentant pas de trouble de la communication. La spécificité du fonctionnement autistique nécessite une adaptation systématique du suivi thérapeutique. Du fait de leur complexité, la prise en charge mais aussi l'évaluation doivent être ciblées et tenir compte des particularités dues aux troubles autistiques.

Aujourd'hui, plusieurs outils permettent d'évaluer de manière spécifique les personnes autistes. Nous en avons retenu quatre (bien qu'ils soient beaucoup plus nombreux) et avons souligné les apports et les spécificités de chacun.

4.4.1. Le PEP (Profil Psycho-Educatif)

Le PEP, élaboré par Schopler et l'équipe du programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) est un outil qui permet de définir des niveaux de développement. Trois versions se sont succédé ; le PEP-3, élaborée en 2004 étant la plus récente. La passation inclut une observation directe de l'enfant et un compte-rendu d'un éducateur.

Le PEP comporte plusieurs avantages. Il ne nécessite que peu de langage verbal et est donc accessible aux personnes dont la compréhension verbale est limitée. Le temps de passation n'est pas prédéfini La cotation est facilitée par le choix entre trois critères : acquis, en émergence ou non acquis. Le test permet d'établir des mises au point de programmes personnalisés. Il est également possible de procéder à des réévaluations fréquentes : les compétences peuvent ainsi être comparées en fonction des interventions thérapeutiques et éducatives.

Le PEP se montre donc très complet et permet d'élaborer un profil global du patient.

4.4.2. La BECS (Batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnelle)

La BECS, élaborée en 2007 par Adrien est un outil à destination des psychologues. C'est un « instrument d'évaluation du développement cognitif et socio-émotionnel » des enfants avec pathologie développementale, et notamment avec autisme ou trouble apparenté. Elle s'adresse aux enfants dont le niveau de développement se situe entre 4 et 30 mois.

Les objectifs de la batterie sont de « déterminer les niveaux et profils de développement » mais aussi et surtout d'« élaborer le programme de développement personnel » de l'enfant. Cet outil permet d'évaluer 16 capacités, réparties en deux domaines : le domaine socio-émotionnel et le domaine cognitif.

La représentation en radar permet de déterminer le profil de l'enfant sur 4 niveaux de développement, ainsi que de renseigner sur son homogénéité ou son hétérogénéité. L'outil permet de se rendre compte de l'évolution de l'enfant au cours du temps. Il est également fiable à la mesure du développement de l'enfant et sensible aux changements comportementaux de ce dernier.

4.4.3. L'EFI (Évaluation des compétences Fonctionnelles pour l'Intervention)

L'EFI est une évaluation élaborée par Willaye et al. dans le cadre du Service Universitaire Spécialisé pour personnes avec Autisme (SUSA) en Belgique. Sa deuxième version est sortie en 2005. Elle s'adresse à des adolescents et adultes atteints d'autisme et/ou d'un handicap mental sévère.

Il s'agit d'un outil orienté vers l'intervention. A l'issue de la passation, il doit permettre de dégager « un ensemble d'informations utiles pour la mise en place d'un programme d'activités et d'apprentissage personnalisé ». L'EFI s'intéresse à 6 domaines fonctionnels : Communication Réceptive, Communication expressive, Travail de bureau, Travail ménager, Autonomie personnelle, Activités de loisirs. La passation de l'EFI a pour finalité d'élaborer un « Programme d'intervention à visée d'Indépendance, d'Apprentissage et de Participation ».

Il s'agit donc d'un outil pratique qui vise l'intervention et qui se montre très fonctionnel. Il n'est pas axé sur la communication.

4.4.4. Le COMVOOR

Le COMVOOR est un outil d'évaluation élaboré par R.Verpoorten et al. pour les autistes très déficitaires. Il s'adresse à des enfants d'âge développemental de 12 à 60 mois.

Cet outil s'appuie sur une évaluation clinique des précurseurs de la communication, étayée par une validation psychométrique. Ces précurseurs de la communication sont décrits comme les compétences de présentation (information perçue en situation concrète) et de représentation (information perçue en l'absence de l'objet). Il est à destination des orthophonistes et psychologues afin de « leur permettre de contribuer efficacement à la mise en place de projets éducatifs dans la communication ». Son but est donc de proposer des recommandations précises sur les interventions centrées sur la communication, avec la mise en place d'une communication augmentative.

C'est un outil qui est axé sur le versant de la compréhension. Par ailleurs, il n'a pas pour visée d'orienter vers un mode de communication en particulier.

Ces 4 outils ont chacun leur intérêt. Pourtant, aucun ne permet de tester ce que nous souhaitons évaluer chez les personnes autistes non verbales.

4.5. La spécificité de notre outil

Il est logique de se demander en quoi un nouvel outil viendrait compléter la liste des outils mis à disposition des professionnels.

Notre outil propose d'évaluer les compétences de communication des personnes autistes non verbales dans une visée d'orientation vers la méthode de CAA la plus adaptée.

Jusqu'à aujourd'hui, aucun test à destination de cette population n'a jamais eu comme objectif ce principe d'orientation. C'est pourquoi notre outil est novateur et propose une nouvelle manière de travailler auprès des personnes autistes non verbales.

5. Conclusion

Aujourd'hui, beaucoup de patients autistes non verbaux sont sujets à une orientation sans observation préalable de leurs aptitudes. Les méthodes de CAA sont attribuées davantage en fonction de leur popularité ou des avantages que les parents peuvent leur trouver. L'orthophoniste est démuni face à l'absence de supports permettant l'évaluation rigoureuse des compétences et déficits du patient.

Dans un tel contexte, nous souhaitons élaborer un outil permettant de répondre à ce besoin.

Nous élaborons deux hypothèses de travail :

- Nous voulons d'abord trouver des items permettant d'évaluer précisément les capacités et déficits du patient, en nous adaptant à la spécificité des personnes autistes.
- Nous souhaitons également réussir à orienter le patient vers une méthode de CAA la plus adaptée possible et ainsi faciliter sa communication.

Sujets, matériel et méthode

1. Cadre et population concernée

1.1. Cadre

Notre travail s'inscrit dans la continuité des réflexions entreprises par deux étudiantes dans le cadre de leur mémoire de fin d'études, soutenu en juin 2013. Ce mémoire a pour titre « *Vers une communication alternative : outil d'évaluation pour l'orientation de personnes non verbales avec autisme* ».

A sa lecture, nous sommes revenues sur certains aspects théoriques et avons enrichi le travail déjà entrepris afin de pouvoir créer un outil plus complet.

1.2. Population-cible

Notre outil est destiné à des personnes autistes non verbales. Il porte sur l'évaluation des compétences requises en vue de la mise en place la plus adaptée possible de méthodes de CAA.

Nous n'avons pas défini d'âge-cible. Nous estimons que notre outil est davantage adapté aux capacités des patients plutôt qu'à leur âge. En revanche, nos passations ont toutes concerné des patients âgés de 7 à 18 ans.

1.3. A qui ce matériel s'adresse-t-il ?

Notre outil s'adresse à tout orthophoniste devant évaluer une personne autiste non verbale.

Il peut être utilisé dans toutes les structures prenant en charge la population-cible, ou en libéral.

2. Méthodologie

2.1. Travail préliminaire

Nous avons relu le travail déjà élaboré de manière critique et avons apporté nos propres réflexions, amenant de ce fait des modifications dans la structure de l'outil.

Nous avons souhaité préserver les objectifs tout en essayant d'améliorer les différentes étapes d'élaboration du matériel.

2.1.1. Élaboration du tableau des compétences par méthode de CAA

Nous avons ainsi sélectionné 5 méthodes : PECS, MAKATON, aides visuelles, aides gestuelles et téléthèses. Nous avons supprimé la LSF (Langue des Signes Française), qui n'est pas utilisée auprès des personnes autistes.

Aujourd'hui, il n'existe pas de référence dans la littérature des compétences nécessaires pour l'utilisation adaptée des méthodes de CAA. Notre travail a donc consisté à lister ces compétences pour chacune de ces méthodes.

Nous avons d'abord présenté notre recherche sous forme de tableau (Tableau des compétences par CAA : Annexe 1). Puis, pour plus de lisibilité, nous avons élaboré la présentation sous forme de fleur (Image I).

2.1.2. Travail de définitions

Souhaitant créer des épreuves les plus valides possibles, nous avons ensuite défini précisément chaque compétence.

Nous avons dégagé 3 compétences socles et plusieurs autres compétences requises pour chaque CAA.

2.1.2.1. Compétences socles

Rappelons que les compétences socles sont : l'émergence non formalisée de la communication, le contact visuel, la permanence de l'objet.

2.1.2.2. Compétences par CAA

Nous avons réparti les différentes compétences en cinq pôles :

- relationnel (comprenant l'attention conjointe, le pointage proto-impératif et l'imitation)
- concept (comprenant le niveau de représentation et d'abstraction, l'accès au symbolisme et à l'iconicité)
- visuel (comprenant l'attention, la discrimination et la mémoire visuelle)

- auditif (comprenant l'attention, la discrimination et la mémoire auditive)
- motricité (comprenant la motricité globale, la motricité fine, la coordination oculomotrice et la préhension).

2.1.3. Démarches administratives

Nous avons demandé l'autorisation d'effectuer nos passations auprès de la direction de l'IME la Fontinelle à Annoeullin (59) et de l'IME du Graçalou à Bouchemaine (49), où nous effectuons chacune nos stages. Par cette démarche, nous voulions également présenter nos objectifs de travail à l'équipe.

Dans un souci de pluridisciplinarité, nous avons exposé nos souhaits de mise en relation avec les différents professionnels des deux centres et notamment avec les éducateurs qui connaissent les enfants dans leur quotidien. Nous nous sommes aussi engagées à présenter les résultats de nos travaux à l'ensemble des professionnels.

De plus, nous avons envoyé un courrier à chaque famille pour demander l'accord de participation de leur enfant à notre étude ainsi que l'autorisation d'être filmé lors des passations dans le but de faciliter les cotations.

2.2. Création de l'outil

Notre outil s'intitule E.C.C.A : Évaluation des Compétences pour une Communication Adaptée.

2.2.1. Élaboration des questionnaires

Nous avons porté un intérêt particulier au questionnaire proposé dans le mémoire précédent et avons trouvé utile d'y apporter des modifications.

Nous avons tout d'abord ajouté de nombreuses questions que nous avons agencées en différentes rubriques qui sont : compréhension, expression, jeux et centres d'intérêts, comportement social, sensorialité, repères spatiaux-temporels, ainsi qu'une rubrique intitulée « Votre Avis ». Les principaux apports concernent les repères spatio-temporels de l'enfant ainsi que ses réactions sensorielles.

Afin qu'il soit aisé de le remplir, mais aussi d'en extraire les informations obtenues, nous avons limité les items contenant des réponses ouvertes. D'un point de vue plus formel, nous avons disposé les questions sous forme de tableau.

Nous pensons que ce questionnaire doit être au cœur du projet d'orientation de l'enfant. En effet, les parents sont les premiers à comprendre au mieux son

fonctionnement, ses désirs et ses difficultés. Leur avis est donc d'un intérêt précieux. (Questionnaire aux parents : Annexe 2)

De plus, il est nécessaire de confronter les observations car au cours de ses journées, l'enfant est au contact d'autres personnes et ses comportements peuvent varier d'un contexte à un autre. Ainsi, nous avons décidé d'ajouter un questionnaire pour les éducateurs de l'enfant, dans l'objectif d'apporter des précisions, de confirmer ou d'infirmer les réponses des parents. (Questionnaire aux éducateurs : Annexe 3)

2.2.2. Réflexions sur le déroulement de l'évaluation

Nous nous sommes ensuite intéressées au déroulement global de nos passations. L'évaluation des personnes autistes est une tâche spécifique ; nous avons donc cherché à adapter au maximum les conditions d'évaluation.

Nous avons demandé dans les questionnaires quel était l'objet préféré des différents patients. Cet objet a pu être utilisé comme renforçateur lors des moments de transition durant la passation.

De plus, nous n'avons pas délimité le temps de passation. Le but de notre outil est de s'adapter au patient en lui laissant le temps nécessaire pour qu'il mette en oeuvre ses compétences. Ainsi, la passation de cet outil pourra prendre entre une et deux heures, selon les besoins du patient. Pour notre part, nous avons considéré le temps de passation sur deux ou trois séances.

Enfin, nous avons réparti nos différents items en plusieurs parties, laissant le choix à l'orthophoniste de l'ordre de passation.

Les trois parties sont :

2.2.2.1. Partie 1 : temps libre d'observation

La première partie évalue les compétences socles.

L'activité proposée est une situation de jeu, elle se déroule dans le bureau de l'orthophoniste, préférentiellement sur un tapis ou dans une position confortable pour l'enfant.

On propose à l'enfant une boîte remplie de divers jouets. L'idée est de le laisser prendre possession du matériel et de voir s'il sollicite l'adulte et de quelle manière il s'y prend.

Par la suite, l'orthophoniste induit un échange avec l'enfant. Des éléments de cotation prédéfinis l'aident à évaluer les compétences socles. Une place est laissée pour les remarques qualitatives.

2.2.2.2. Partie 2 : situation fonctionnelle

Cette deuxième partie peut également se dérouler sur le tapis. Elle est constituée d'activités spécifiques permettant d'évaluer plusieurs compétences. Les consignes sont formulées et on attend des réponses plus précises du patient.

L'orthophoniste est invité à coter ses observations par le choix d'un 0, 1 ou 2 en fonction de l'absence, l'émergence ou la présence de la compétence-cible.

Une place est également réservée pour les observations qualitatives.

2.2.2.3. Partie 3 : situation formelle

La troisième partie se déroule au bureau de l'orthophoniste ; les activités proposées nécessitent une plus grande concentration et un niveau d'attention plus soutenu, ainsi que la manipulation de supports visuels.

2.2.3. Création des items

2.2.3.1. Méthode

Notre outil s'adresse à une population non verbale : nous avons dès lors imaginé des items qui puissent être compris par le contexte.

L'ensemble de l'outil et chacune de ses activités s'administre toujours selon le même déroulement : tout d'abord, le comportement attendu par l'examineur est demandé en spontané, grâce à l'installation évidente du matériel qui oriente l'enfant sur la conduite à tenir. Ensuite, si le comportement ou une tentative ne sont pas obtenus, on proposera une consigne verbale simple. Pour finir, si l'enfant ne réussit pas ces deux essais, il lui sera proposé un modèle qu'il pourra reproduire en imitation, afin qu'il comprenne ce que l'on attend de lui.

2.2.3.2. Matériel

Le matériel que nous avons développé pour cet outil est constitué en partie d'objets et en partie de documents que nous avons élaborés, édités et plastifiés sous forme de cartes. (Photos du matériel : Annexe 4)

Une liste de ce matériel est présente au début du livret de passation.

Nous avons veillé à utiliser le même matériel dans nos passations, excepté en ce qui concerne les objets de la boîte de la partie « Temps libre d'observation ». En effet, nous avons sélectionné des jouets susceptibles de se trouver dans tous les bureaux d'orthophonistes. Ainsi, cette boîte peut être aisément constituée.

2.2.3.3. Déroulement

Notre outil est donc divisé en trois parties (temps libre d'observation, situation fonctionnelle et situation formelle) ; dans chacune de ces parties sont proposées différentes sous-parties comportant un ou plusieurs items.

Nous avons choisi de référencer tous les items à la suite (de 1 à 43).

Nous avons élaboré un livret de passation permettant de rassembler à la fois les consignes de passation, les items attendus ainsi que les compétences évaluées. (Livret de Passation : Annexe 5)

Parfois, nous avons signalé que certains items mettent en jeu d'autres compétences que nous n'avons pas choisi d'investiguer ou que ne sommes pas en mesure de rechercher.

2.2.4. Élaboration des consignes de cotation

En complément du livret de passation, nous avons proposé des consignes de cotation afin d'aider l'examineur à coter chaque compétence (Consignes de cotation : Annexe 6).

Nous avons élaboré un système de notation, inspiré du PEP (Profil Psycho-Educatif), basé sur trois possibilités de résultats : Acquis ; En émergence ; Non Acquis. Nous avons choisi ces trois possibilités de cotation car, chez les personnes autistes, les compétences peuvent parfois ne pas être totalement présentes ou totalement absentes. Ainsi cela nous permettra d'établir une cotation intermédiaire afin de prendre en compte les émergences de communication.

2.2.5. Élaboration du tableau synthétique de cotation

Pour permettre une meilleure lisibilité des résultats, nous avons proposé un tableau dans lequel rapporter les cotations de chaque item, organisé par pôle, en respectant le code couleur du livret de passation. Par ailleurs, nous y avons introduit la mention des totaux par compétence évaluée afin de pouvoir reporter aisément ces résultats et les transformer ensuite en représentation graphique (Tableau synthétique de cotation : Annexe 7).

2.2.6. Création des représentations graphiques des résultats

Nous avons illustré nos résultats dans trois représentations graphiques différentes qui apportent des angles de lecture complémentaires.

2.2.6.1. Résultats des compétences sociales

Pour la représentation graphique des résultats des compétences sociales, nous avons opté pour une représentation sous la forme d'un « radar » triangulaire.

2.2.6.2. Résultats par pôles

Pour la représentation graphique des résultats par pôles, nous avons opté pour une représentation sous la forme d'un histogramme.

Respectant le code couleur qui a été observé dans tous les documents, elle permet de visualiser rapidement les compétences et les déficits du patient.

2.2.6.3. Résultats par CAA

Pour la représentation graphique des résultats par méthode de CAA, nous avons opté pour une représentation sous la forme d'un « radar ».

Elle permet de réunir sur un même graphique chaque CAA avec chacune de ses compétences nécessaires. Elle dresse alors un tableau des capacités du patient à utiliser l'une ou l'autre de ces méthodes de CAA et permet alors d'aider à l'orientation vers la plus adaptée.

2.3. Réflexion sur le projet de communication des patients

Notre matériel propose dans un premier temps de dresser la liste des compétences du patient, nécessaires pour la mise en place d'une méthode de CAA. Les réponses au questionnaire et les résultats aux différents items le permettent.

Ces résultats sont alors retranscrits sur la représentation graphique en « radar » qui permet de visualiser vers quelle méthode de CAA le patient pourra être orienté.

Néanmoins, les patients n'ont pas nécessairement toutes les compétences requises pour l'utilisation efficace de la méthode vers laquelle ils peuvent être orientés. En effet, même si une préconisation se dégage, certaines compétences sont à travailler ou à installer. La représentation graphique en histogramme permet de visualiser ces compétences que le patient devra travailler en vue de l'utilisation de la méthode de CAA.

Ces compétences devront être travaillées en séance, dans le cadre du projet thérapeutique mais aussi être incluses dans le cadre du projet individualisé de l'enfant.

Une fois maîtrisées, elles permettront à l'enfant d'avoir toutes les compétences nécessaires pour l'utilisation efficace de la méthode de communication la plus adaptée pour lui.

Résultats

1. Introduction

Nous avons pratiqué au total 12 passations. Elles ont eu lieu dans deux structures différentes : 6 d'entre elles se sont déroulées au sein de l'IME La Fontinelle, à Annoeullin, dans la région Nord-Pas-de-Calais et les 6 autres au sein de l'IME Le Graçalou, à Bouchemaine, dans le Maine-et-Loire.

Nos passations ont eu lieu de janvier à avril 2014, dans les bureaux des orthophonistes. Elles se sont déroulées en plusieurs séances. Nous avons préféré échelonner les moments d'évaluation afin d'éviter toute fatigabilité et ainsi essayer d'optimiser les compétences des patients.

Avant chaque passation, nous avons préparé le matériel en fonction de l'ordre des épreuves pour nous rendre le plus disponible possible pour les patients.

En parallèle, nous avons recueilli les questionnaires. Ils nous ont permis d'enrichir nos observations en comparant les réponses entre les parents et les éducateurs. Nous avons également pu corrélérer ou non leurs réponses à nos interprétations qualitatives lors des passations.

2. Analyse des patients

Afin de présenter les patients concernés par notre étude, nous avons cherché des informations sur chacun d'eux. Un dossier existe pour tous les patients. Cependant, nous n'avons pu recueillir que peu d'informations sur leur prise en charge antérieure et sur les conditions de mise en place éventuelle d'une méthode de CAA.

2.1. Patient 1 : D.

2.1.1. Présentation du patient

D. est âgé de 9 ans lors de la passation. Il fut scolarisé en maternelle de septembre 2007 à juin 2011, d'abord 7 heures par semaine, puis 9 heures avec AVS. A l'IME le Graçalou, il bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité, en psychologie et d'une séance de pataugeoire par semaine. En parallèle, il est pris en charge une fois par semaine dans le service de pédopsychiatrie.

D. peut parfois être dans la relation à l'autre. A d'autres moments, il se met dans un état d'excitation difficile à arrêter.

D. commence à se saisir des gestes du Makaton. Il peut resituer certains signes mais leur utilisation est encore aléatoire. Par ailleurs, il émet de plus en plus de sons ; il peut chantonner. Il utilise parfois quelques mots adaptés à la situation. Pour se faire comprendre, il peut aussi prendre par la main ou aller chercher autrui. Depuis quelques temps, il se saisit des pictogrammes pour exprimer des émotions, avec le soutien de l'adulte. Il peut comprendre une consigne simple.

Une mise en place du PECS et en parallèle du MAKATON est évoquée.

2.1.2. Résultats des compétences socles

Il n'y a pas de résultats pour les compétences socles pour D. La passation du temps libre d'observation n'a pas été suffisante pour donner des conclusions au niveau de l'émergence non formalisée de la communication, du contact visuel et de la permanence de l'objet.

2.1.3. Résultats par pôles

Plusieurs tentatives ont été faites afin de proposer à D. l'évaluation : elles n'ont pas donné de résultats concluants. De ce fait, il n'y a pas de représentation graphique possible des résultats de D. car aucune compétence n'a pu être objectivée.

2.1.4. Résultats par CAA

Il en est de même pour les résultats par CAA qui ne peuvent pas être illustrés.

2.1.5. Préconisations

D. est un cas particulier dans nos passations. L'outil lui a été proposé à trois reprises durant lesquelles il n'a pas été possible de le solliciter au niveau des différents items. En effet, D. a présenté des troubles du comportement extrêmement envahissants et n'était pas en mesure de montrer ses compétences. La passation de l'outil n'a donc pas pu être menée à son terme.

Dans un tel cas, nous proposons de travailler en amont avec l'enfant sur la situation d'évaluation de manière à l'accoutumer, si besoin, au lieu, à l'interlocuteur, au matériel... Il faudra chercher au maximum à atténuer les troubles du comportement. Ainsi, on pourra lui proposer ultérieurement le matériel dans des conditions qui lui seront propices et qui permettront d'obtenir des résultats.

2.2. Patient 2 : G.

2.2.1. Présentation du patient

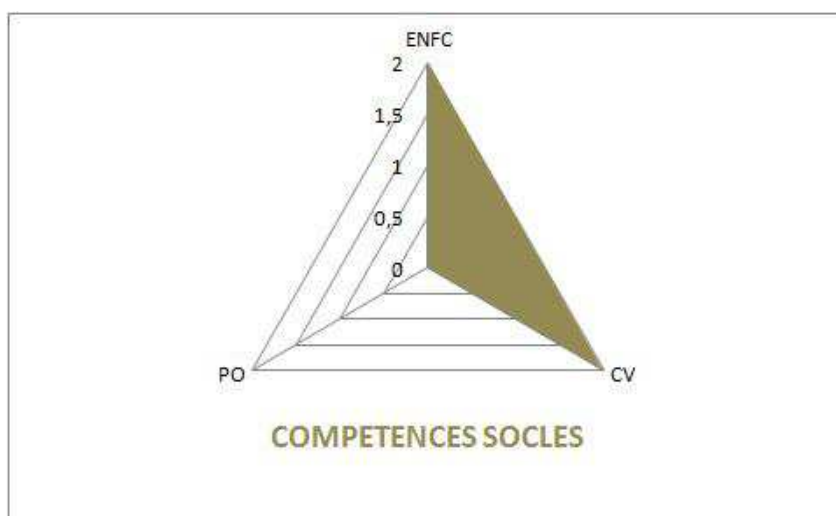
G. est âgée de 11 ans lors de la passation. Elle grandit dans un contexte de bilinguisme avec des parents guinéens. Elle a été accueillie à l'IME le Graçalou en septembre 2008. Avant cette intégration, elle était scolarisée en maternelle de manière partielle à partir de septembre 2006. Elle bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité et de l'atelier thérapeutique poney.

G. est une enfant qui se montre très affective vis à vis de tous les adultes mais qui n'est pas dans l'interaction avec les enfants. La stabilité du cadre semble primordial pour qu'elle puisse s'exprimer, solliciter autrui. Par ailleurs, elle recherche l'attention de l'adulte avec des manifestations comportementales (hétéro-agressivité, crachats).

Dans sa communication, elle peut exprimer quelques demandes en utilisant des signes (aller aux toilettes, manger). Elle exprime beaucoup d'émotions (le rire, les pleurs, l'excitation, la peur) auprès des adultes. Elle peut émettre des sons, et jouer avec les sonorités. Mais les demandes restent difficiles à comprendre de même que les motivations de ces manifestations émotionnelles.

Des supports visuels lui ont été proposés (pictogrammes, photos) pour l'inciter à communiquer, mais elle ne s'en saisit pas.

2.2.2. Résultats des compétences socles



2.2.5. Préconisations

La représentation graphique en triangle montre que G. ne possède pas toutes les compétences socles nécessaires à l'utilisation d'une méthode de CAA. L'émergence non formalisée de la communication ainsi que le contact visuel sont acquis. Cependant, G. n'a pas la permanence de l'objet.

Selon la représentation graphique en « radar » le système de communication le plus adapté pour G. serait les aides gestuelles pour le versant compréhensif comme pour le versant expressif. En effet, l'attention conjointe, l'imitation, la motricité globale sont acquis, tandis que l'attention visuelle et la motricité fine sont en émergence.

En vue d'une bonne utilisation de ce système de communication, la représentation graphique en histogramme permet d'ajouter que le travail devra s'axer sur le pôle concept avec le niveau de représentation et d'abstraction, l'accès au symbolisme puis l'accès à l'iconicité, et sur le pôle visuel : discrimination visuelle et mémoire visuelle.

Il faudra donc travailler en priorité à l'installation de la permanence de l'objet pour pouvoir mettre en place les aides visuelles de manière adaptée.

2.3. Patient 3 : Ic.

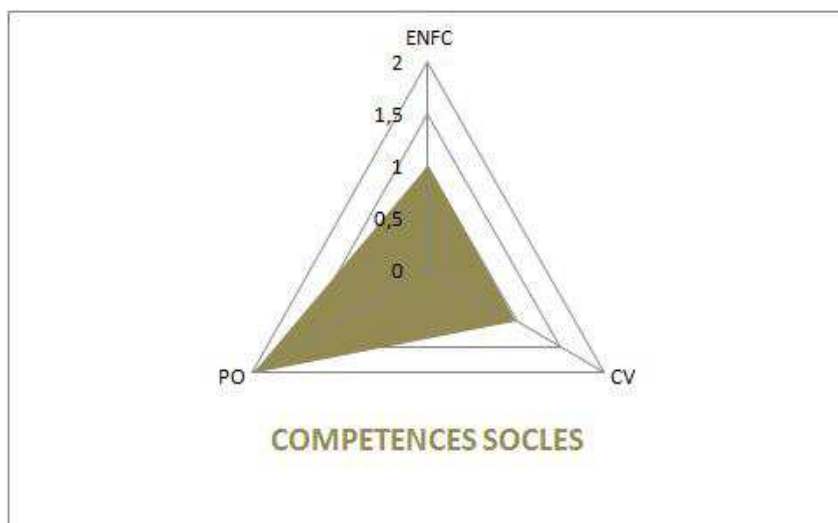
2.3.1. Présentation du patient

Ic. a 11 ans au moment de la passation. Il a été scolarisé à partir de septembre 2006 à l'école maternelle avec une prise en charge au CMP. Il est accueilli à l'IME le Graçalou en septembre 2009 où il bénéficie de plusieurs prises en charge : psychologie, orthophonie, psychomotricité. Il participe également à un atelier communication gestuelle (Makaton) et à un atelier conte.

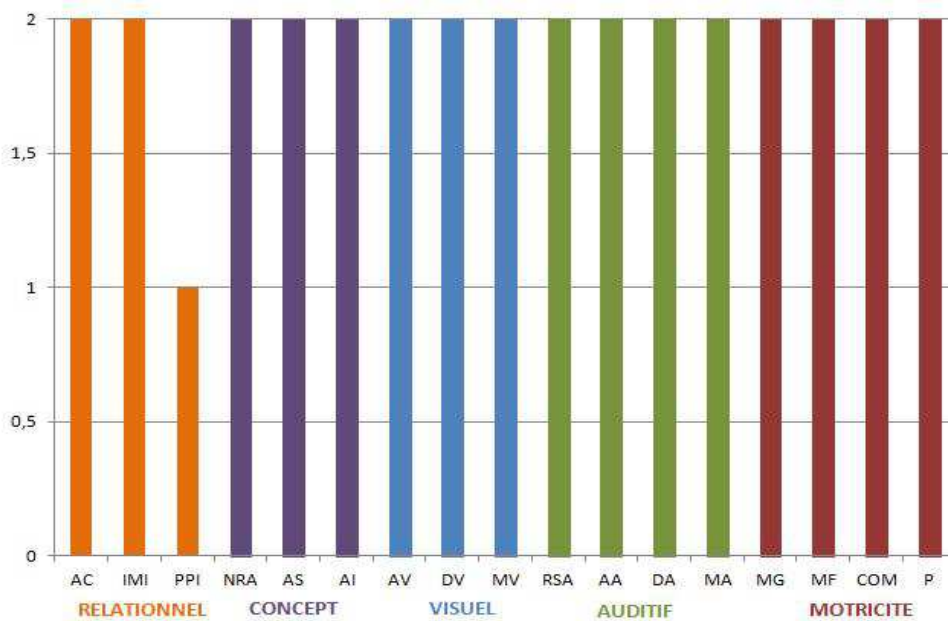
Ic. est un enfant qui est très intéressé par les tris, les associations. Ses capacités se révèlent en numération. Il se montre très envahi par des comportements d'excitation et peu intéressé par l'échange et l'interaction avec autrui.

Ic. commence à adresser des demandes, soit par des signes, soit par des mots. Il est capable d'oraliser sur imitation mais pas en spontané. Il peut communiquer à l'aide de l'écrit : il utilise les mots qu'il a mémorisés de manière globale. Le langage écrit lui permet d'expliquer ce qu'il ne parvient pas à dire (auparavant, il ne s'en servait pas comme moyen de communication mais faisait des listes de choses qui lui plaisent). Il ne semble pas comprendre toutes les consignes orales.

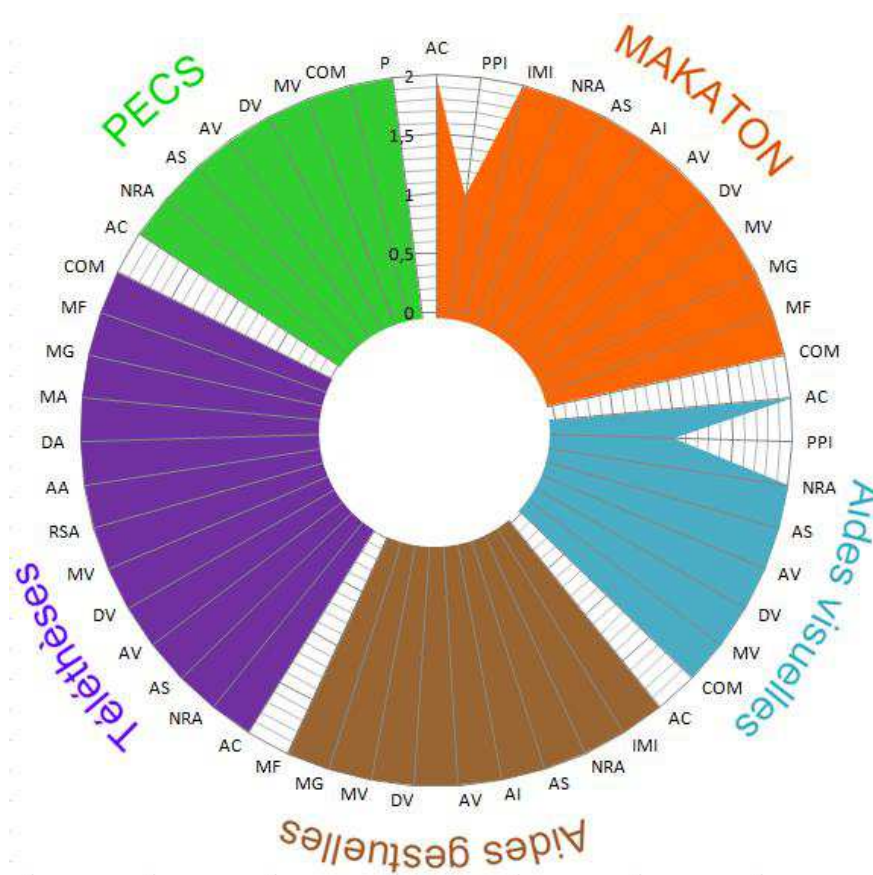
2.3.2. Résultats des compétences sociales



2.3.3. Résultats par pôles



2.3.4. Résultats par CAA



2.3.5. Préconisations

La représentation graphique en triangle montre que Ic. possède les compétences socles nécessaires à l'utilisation d'une méthode de CAA. La permanence de l'objet est acquise, mais l'émergence non formalisée de la communication ainsi que le contact visuel sont encore en émergence.

La représentation graphique en histogramme montre qu'Ic. possède presque toutes les compétences évaluées dans notre outil. Seul le pointage proto-impératif est en émergence. La représentation en « radar » ne permet donc pas de conclure en faveur d'une méthode de CAA car Ic. possède les compétences nécessaires à chacune des méthodes.

Face à une telle situation, toutes les méthodes peuvent se justifier. Cependant, sachant que le Makaton permet une communication non verbale tant expressive que réceptive, tout en introduisant une communication verbale si celle-ci est possible, cette méthode pourrait être plus adaptée à Ic. Ce raisonnement est légitime si on estime qu'au vu de ses compétences, une communication verbale pourra peut-être s'installer chez Ic.

2.4. Patient 4 : Ik.

2.4.1. Présentation du patient

Ik. a 7 ans au moment de la passation. Troisième enfant d'une fratrie de trois, il grandit dans un contexte de bilinguisme avec des parents turcs.

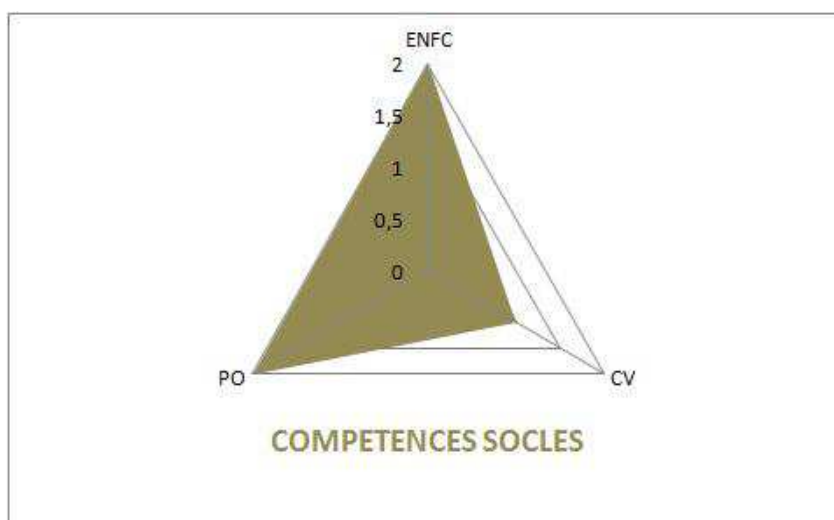
Il est suivi dès l'âge de 2 ans dans un service de pédopsychiatrie et intègre (à mi-temps) l'école à 4 ans puis il entre à l'IME le Graçalou à la rentrée scolaire 2012/2013. Il bénéficie à l'IME d'une séance d'orthophonie et d'une séance de pataugeoire (avec psychologue et psychomotricienne) par semaine.

Ik est un enfant qui montre une hypersensibilité au bruit, au mouvement et qui ne sait pas ajuster sa distance par rapport à l'autre. Ses intérêts sont centrés autour des sensations physiques. Il se montre depuis peu capable d'un regard dirigé vers autrui.

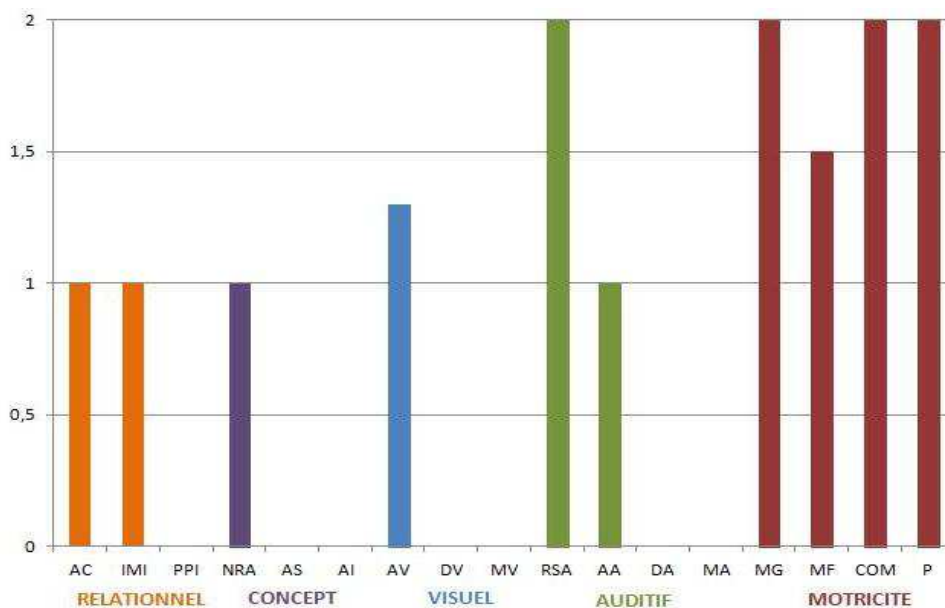
Ik. montre un début de communication. Il émet des sons qui ne sont pas interprétables par son entourage et il commence à montrer ce qu'il veut (en pointant du doigt). Ik. exprime de plus en plus ses émotions. Par ailleurs, il peut comprendre certaines consignes simples mais il a le plus souvent besoin d'être accompagné de l'adulte.

Suite à la mise en place de supports visuels (avec images et pictogrammes), notamment d'un emploi du temps, Ik. semble mieux accepter les changements. Il s'appuie également sur les rituels institués. Par contre, il ne semble pas montrer d'intérêt pour les gestes du Makaton qui lui ont été proposés.

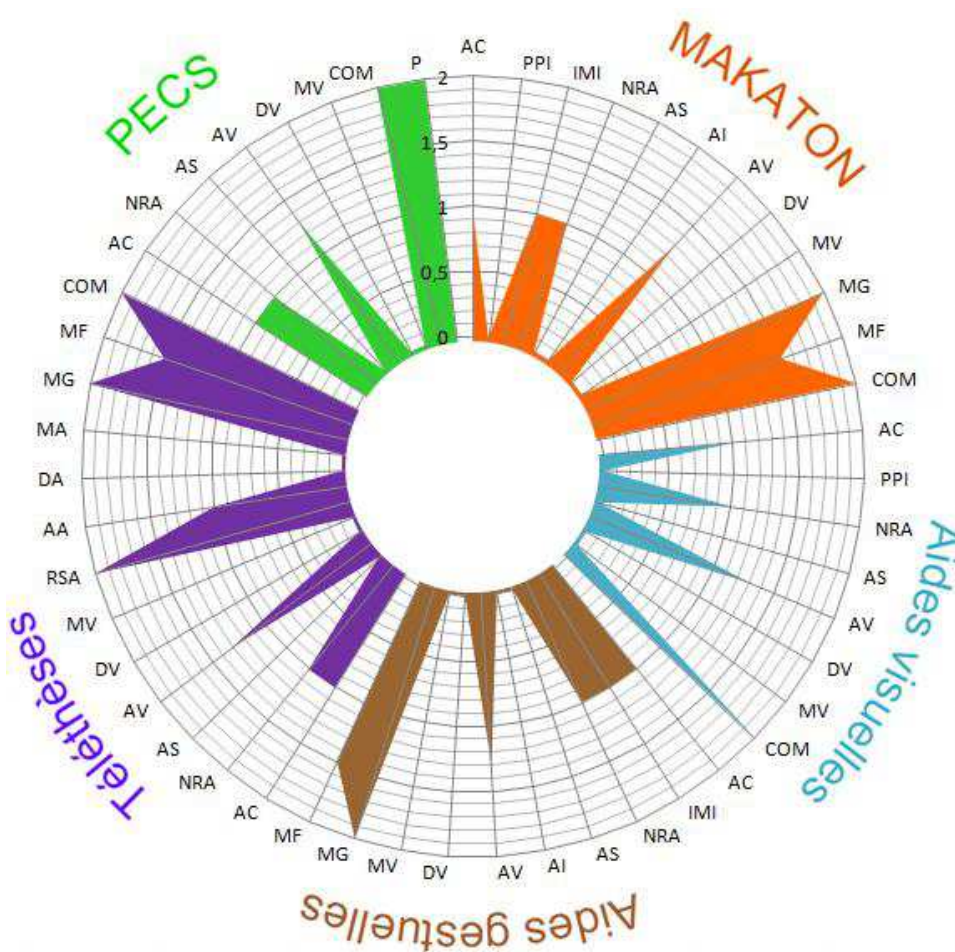
2.4.2. Résultats des compétences socles



2.4.3. Résultats par pôles



2.4.4. Résultats par CAA



2.4.5. Préconisations

La représentation graphique en triangle montre que Ik. possède les compétences socles nécessaires à l'utilisation d'une méthode de CAA. La permanence de l'objet et l'émergence non formalisée de la communication sont acquises, tandis que le contact visuel est encore en émergence.

Selon la représentation graphique en « radar », le système de communication le plus adapté pour Ik est le PECS. En effet, la préhension et la coordination oculomotrice sont acquises, tandis que l'attention conjointe, le niveau de représentation et d'abstraction et l'attention visuelle sont en émergence.

En vue d'une bonne utilisation de ce système de communication, la représentation graphique en histogramme permet d'ajouter qu'un travail devra être fait au niveau du pôle concept avec l'accès au symbolisme, ainsi qu'au niveau du pôle visuel avec la discrimination visuelle et mémoire visuelle.

Le PECS est donc la méthode de CAA qui paraît la plus adaptée à Ik. pour le versant expressif. Cette méthode pourra être accompagnée des aides visuelles pour le versant compréhensif.

2.5. Patient 5 : J.

2.5.1. Présentation du patient

J. est un jeune âgé de 18 ans. Un de ses frères est atteint du syndrome Asperger et un autre est également pris en charge à l'IME la Fontinelle, pour troubles autistiques. J. a bénéficié d'un accompagnement par le SESSAD de Lens de 1998 à 2002, date de son accueil dans un IMA (Institut Médico-Adaptatif). Il est entré à l'IME en internat en novembre 2012.

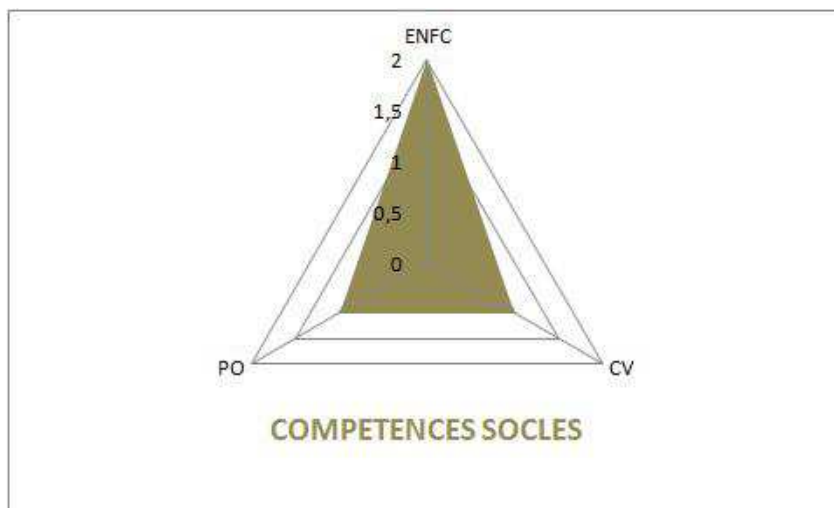
J. est un jeune capable d'autonomie dans certaines situations. Il a toutefois besoin d'aide pour quelques nécessités du quotidien. Il est calme et entretient une bonne relation avec les autres jeunes. Il cherche l'attention de l'adulte et sollicite des interactions de sa part. Lorsqu'il est frustré ou mal-à-l'aise, on note la présence d'automutilations. Il a parfois des colères pendant lesquelles il se balance et se mord les mains.

Du point de vue de sa communication, J. exprime ses besoins par le regard et par les gestes. Il sollicite également beaucoup l'adulte par le toucher. Au niveau verbal, il comprend les consignes simples et les ordres courts. Un emploi du temps visuel a été instauré ; il semble mieux se repérer dans le temps et davantage

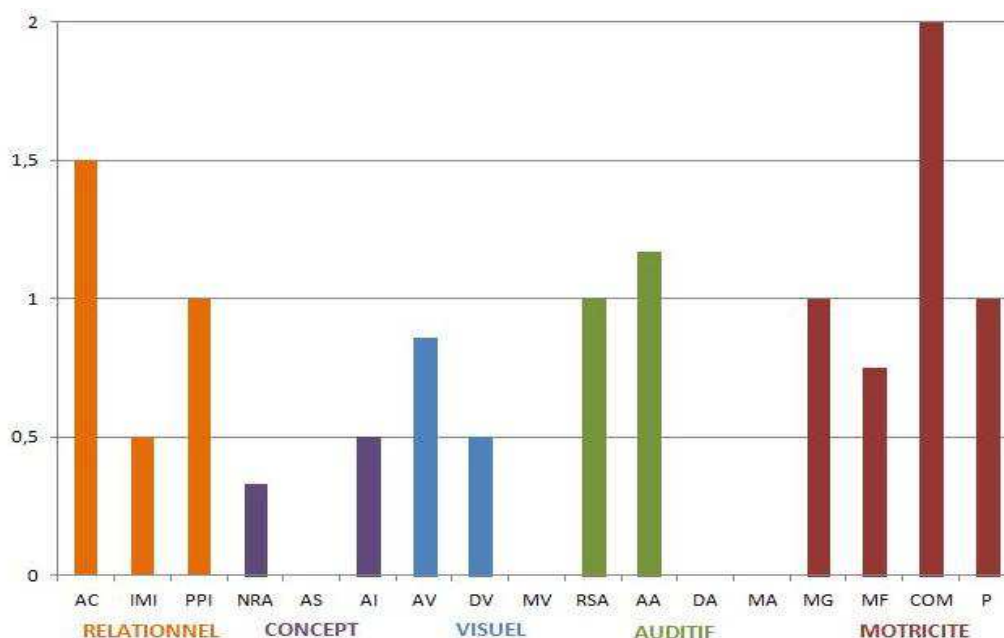
comprendre les situations.

Un travail sur le PECS a été mis en place depuis novembre 2013 ; J. travaille la phase II, visant le déplacement de l'enfant et sa distanciation par rapport à l'adulte.

2.5.2. Résultats des compétences socles



2.5.3. Résultats par pôles



Les résultats de J. permettent donc de proposer une utilisation des aides visuelles en vue d'améliorer sa compréhension et des éléments de PECS afin de faciliter son expression.

Cependant, la représentation en histogramme nous permet d'avancer que le pôle visuel, en particulier l'attention et la discrimination visuelle ainsi que le pôle concept, notamment le premier niveau de représentation, sont à travailler pour l'utilisation de ces deux systèmes de communication. Pour une mise en place efficace des aides visuelles, le pointage est à renforcer. De même, pour la mise en place du PECS, la préhension doit faire l'objet d'un renforcement.

Actuellement, J. travaille les premières phases du PECS dans le cadre d'une activité encadrée par l'orthophoniste. Il est donc intéressant de continuer dans cette voie et ainsi de développer les compétences du pôle visuel et du pôle concept. Les compétences du pôle motricité pourront être travaillées en parallèle en séance de psychomotricité.

2.6. Patient 6 : M.

2.6.1. Présentation du patient

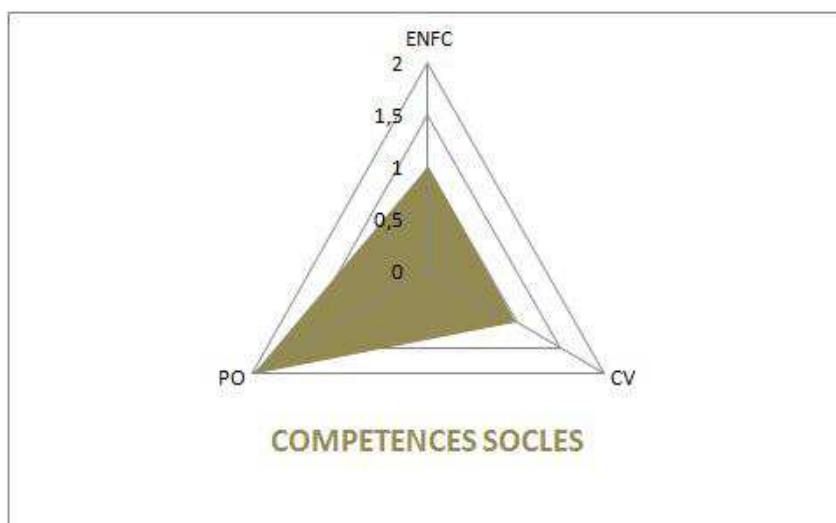
M. est un jeune âgé de 12 ans. Il a une sœur également prise en charge pour autisme au sein de l'IME la Fontinelle. Le diagnostic d'autisme a été posé tardivement, en 2009. Il a bénéficié d'un suivi en pédopsychiatrie dans le Val d'Oise sur l'année scolaire 2010-2011. Les séances d'orthophonie ont débuté en juillet 2011. Il est ensuite entré dans une école spécialisée en Belgique en octobre 2011. Depuis mars 2012, un suivi parallèle en psychomotricité a été mis en place au CMP d'Haubourdin. Il est entré à l'IME la Fontinelle en internat en septembre 2013.

M. est un jeune ayant besoin de la guidance de l'adulte. On note une grande labilité émotionnelle : M. peut être très calme et subitement marquer de fortes tensions corporelles et émotionnelles. Il a alors besoin d'être rassuré par des contacts physiques de l'adulte. Il peut se montrer également très angoissé. De plus, on remarque des gestes stéréotypés, notamment des battements de mains et des émissions de bruits buccaux.

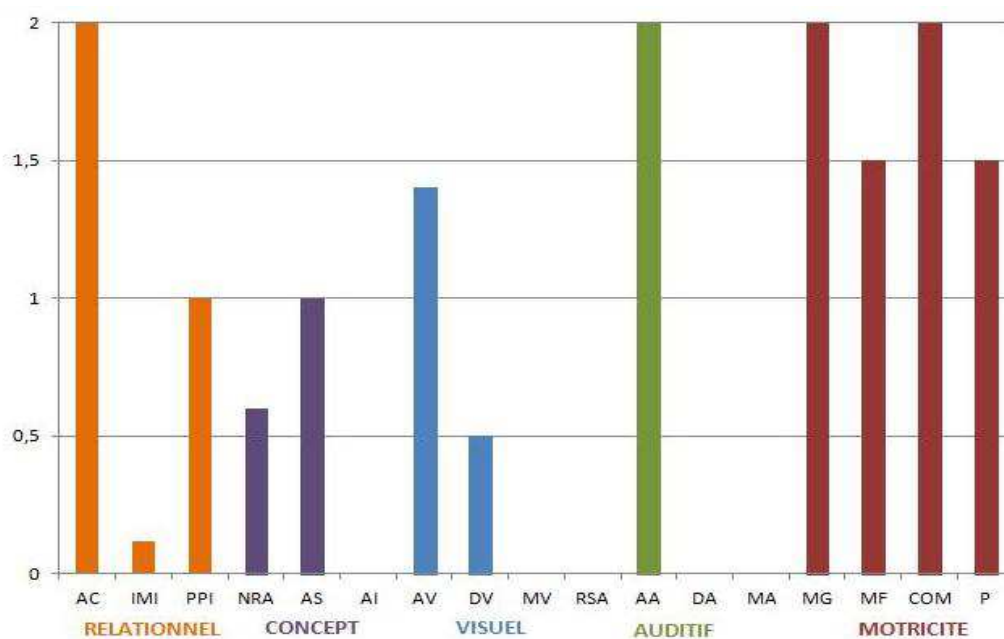
Du point de vue de sa communication, M. exprime des demandes par des gestes et des sourires. Sa compréhension est limitée ; les consignes doivent rester simples, être associées au contexte et doivent être accompagnées de gestes.

A ce jour, M. n'utilise pas de méthode de CAA.

2.6.2. Résultats des compétences socles



2.6.3. Résultats par pôles



l'accès au symbolisme) ou à mettre en place (la mémoire visuelle).

Les aides visuelles sont donc préconisées pour faciliter la compréhension de M. Il faudra alors renforcer spécifiquement le pointage. Avec le travail préalable de la préhension, le PECS permettra à M. d'améliorer son expression.

2.7. Patient 7 : N.

2.7.1. Présentation du patient

N. a 11 ans au moment de la passation. Il a intégré l'IME le Graçalou en septembre 2008, adressé par l'IME La Chalouère (qu'il fréquentait depuis 2003). Il est adressé pour un syndrome d'X fragile. Il bénéficie, à l'IME, d'une séance d'orthophonie et d'une séance de psychomotricité par semaine.

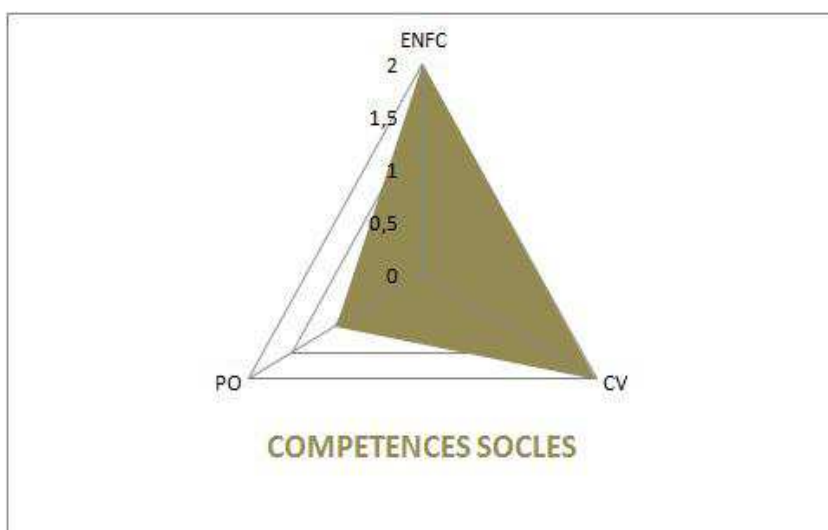
N. a des troubles du comportement liés à l'incompréhension des situations : il a des réactions émotionnelles fortes (pleurs, excitation ...) et peut montrer des gestes d'agrippement ou des morsures.

Ces troubles du comportement sont soulignés lors de moments de séparation, les débuts et les fins. Les activités répétitives le rassurent et permettent l'installation d'une interaction.

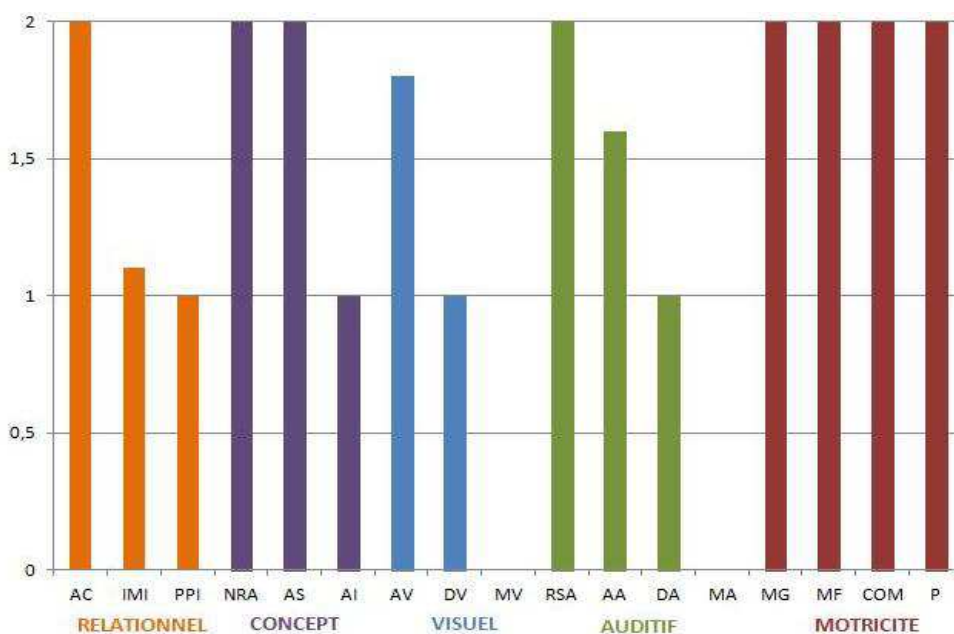
Au niveau expressif, N. utilise quelques mots ("bonjour", "au revoir"), en s'adressant directement ou en répondant à l'autre mais ces utilisations restent réduites et peuvent être encore stéréotypées et peu adaptées au contexte. En parallèle, il développe ses capacités de compréhension orale et contextuelle, et donne du sens à ce qui l'entoure.

Au vu de son adhésion au support visuel, des tentatives de mise en place des pictogrammes ont vu le jour à l'IME pour l'aider à formuler une demande, mais cela n'a pas été concluant. Par contre, l'utilisation d'un emploi du temps visuel a permis à N. de trouver ses repères dans le temps.

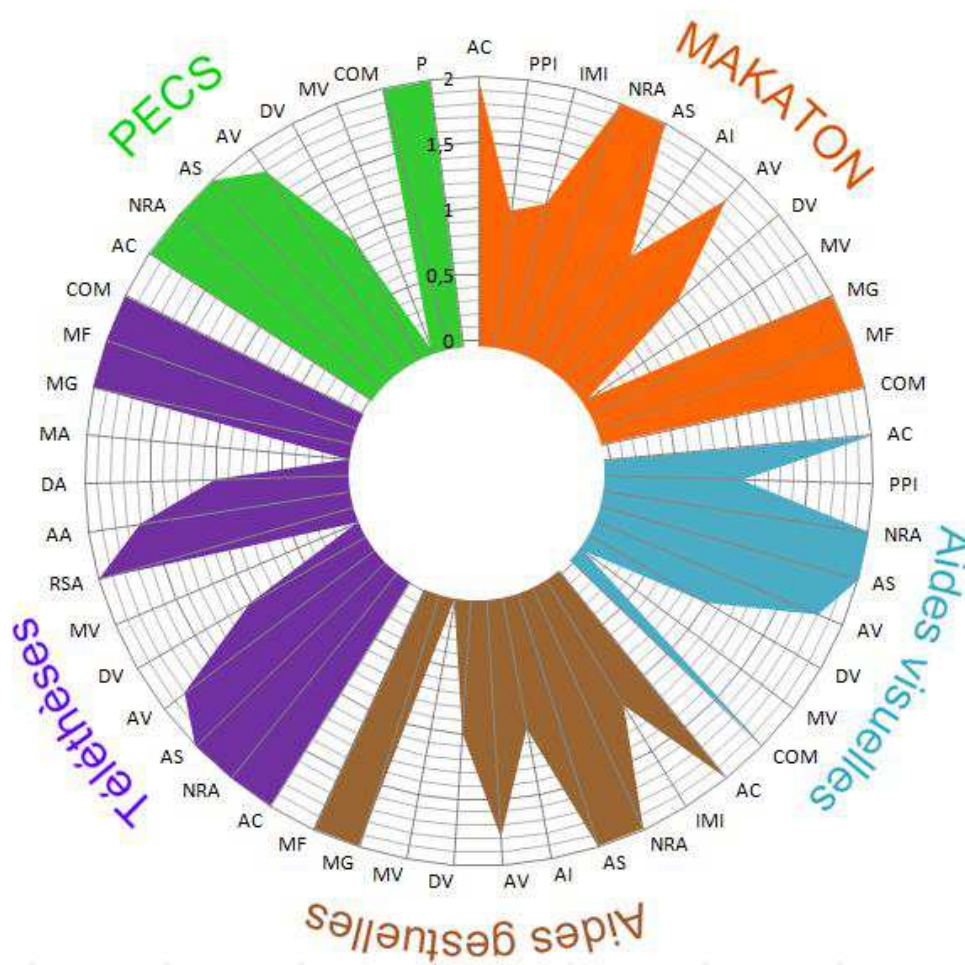
2.7.2. Résultats des compétences sociales



2.7.3. Résultats par pôles



2.7.4. Résultats par CAA



2.7.5. Préconisations

La représentation graphique en triangle montre que N. possède les compétences sociales nécessaires à l'utilisation d'une méthode de CAA. Le contact visuel et l'émergence non formalisée de la communication sont acquises, tandis que la permanence de l'objet est encore en émergence.

Selon la représentation graphique en « radar », le système de communication le plus adapté pour N. est le PECS. En effet une majorité des compétences nécessaires à cette méthode de CAA ont été mises en évidence chez N. L'attention conjointe, le niveau de représentation et d'abstraction, l'accès au symbolisme, la préhension et la coordination oculomotrice sont acquis. L'attention visuelle et la discrimination visuelle sont quant-à elles en émergence mais on note que l'attention visuelle est presque acquise.

En vue d'une bonne utilisation de ce système de communication, la représentation graphique en histogramme permet d'ajouter qu'un travail devra être

fait au niveau du pôle visuel pour automatiser la discrimination visuelle et initier la mémoire visuelle.

Le PECS est donc la méthode de CAA qui paraît la plus adaptée à N. pour le versant expressif. Cette méthode pourra être accompagnée des aides visuelles pour le versant compréhensif.

2.8. Patient 8 : P

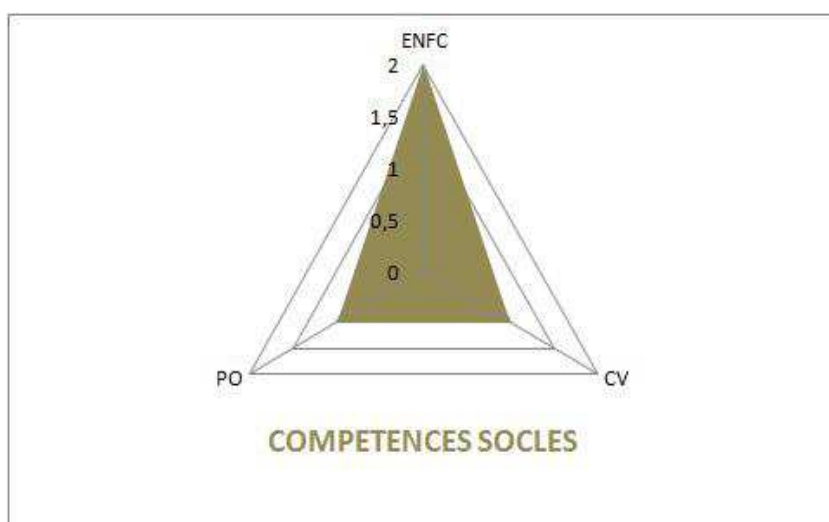
2.8.1. Présentation du patient

P. est un jeune âgé de 15 ans. Il est entré en maternelle et a bénéficié d'un suivi libéral en orthophonie et en psychomotricité. Il est entré à l'IME La Roseraie en 2005 puis à l'IME Le Recueil en 2008 où il a appris à utiliser des éléments du PECS et du Makaton. Il est entré à l'IME La Fontinelle en 2013, en semi-internat.

P. est un jeune capable d'autonomie au sein du groupe. Il a parfois besoin de sollicitations verbales ou de guidance physique. Il ne présente pas de manifestations comportementales de type agressivité. Il comprend l'interdit mais ne le respecte pas toujours. Il présente quelques stéréotypies, notamment des sauts et des gestes des mains. Il aime faire des puzzles et apprécie les temps de lecture et de relaxation.

Du point de vue de sa communication, P. se déplace vers l'adulte pour faire des demandes. Il utilise certains éléments du PECS et du Makaton. Il est décrit comme un jeune cherchant à communiquer et ayant une bonne compréhension.

2.8.2. Résultats des compétences sociales



2.8.5. Préconisations

La représentation graphique en triangle montre que P. possède les compétences socles nécessaires à l'utilisation d'une méthode de CAA. En effet, l'émergence non formalisée de la communication est acquise et la permanence de l'objet et le contact visuel sont en émergence. Il faudra toutefois continuer à travailler ces compétences émergentes.

D'après la représentation graphique en « radar », l'orientation vers les aides visuelles est la plus adaptée pour P.

En effet, le pointage, le niveau de représentation et d'abstraction, l'accès au symbolisme, la discrimination et la mémoire visuelle ainsi que la coordination oculo-motrice sont des compétences acquises. Seules l'attention conjointe et l'attention visuelle sont en émergence, bien que presque acquises.

La représentation graphique en histogramme permet de confirmer que P. doit fournir un travail d'attention conjointe et d'attention visuelle.

Les aides visuelles sont donc tout à fait préconisées pour P. Il pourra les investir tant en expression qu'en compréhension.

2.9. Patient 9 : S.

2.9.1. Présentation du patient

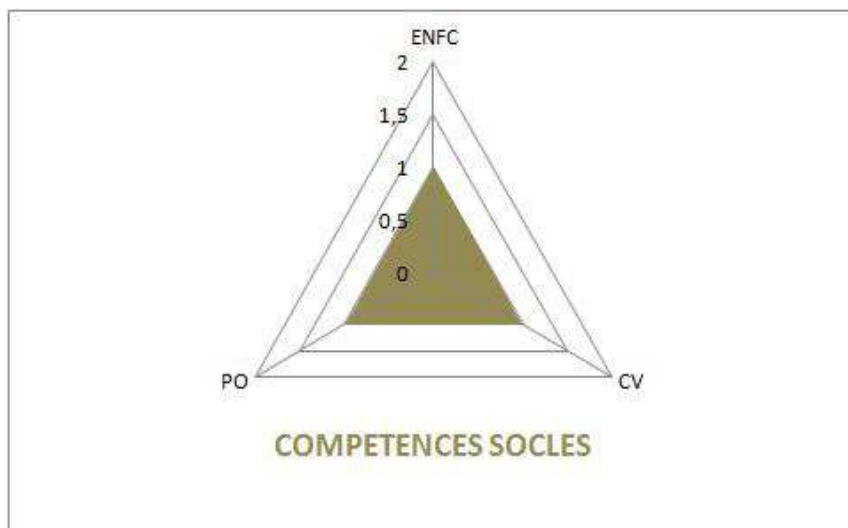
S. est un jeune âgé de 14 ans. Il a bénéficié d'un suivi à la PMI puis au CAMSP de Tourcoing dès ses 3 ans. Il est entré dans une école spécialisée en Belgique à 4 ans. Il est entré à l'IME le Relais en septembre 2006 en accueil de jour puis en internat modulable à partir de mars 2008. Il est aujourd'hui à l'IME la Fontinelle en internat.

S. est un jeune très autonome au sein du groupe. Il participe aux tâches quotidiennes, sur sollicitation de l'éducateur. S. montre peu de manifestations d'agressivité. Lorsque l'ambiance est trop agitée, il cherche le calme. Il rentre facilement en interaction avec l'adulte et certains enfants par le regard ou le toucher.

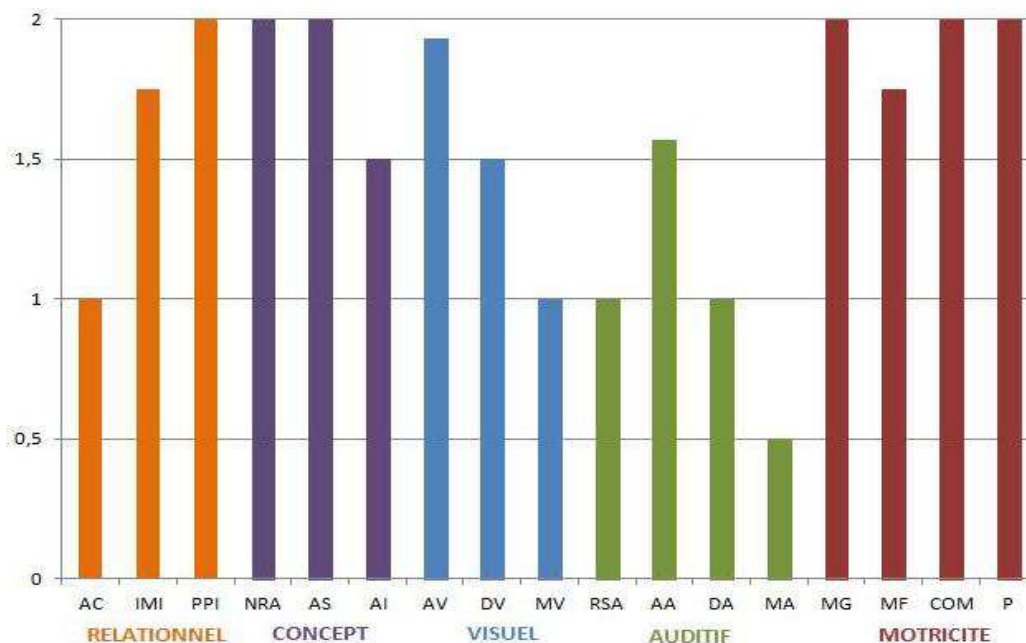
Du point de vue de sa communication, S. semble avoir de bonnes capacités de compréhension, même hors contexte. Cependant, sa compréhension est principalement issue d'éléments non verbaux. S. est capable de solliciter de l'aide par l'instrumentalisation du bras de l'adulte. Il utilise des pictogrammes pour son emploi du temps. Il a une bonne mémoire visuelle, ce qui lui permet également de reconnaître certains mots connus du quotidien.

Au vu de ses capacités, le système PECS a été mis en place depuis novembre 2013. Aujourd'hui, S. travaille la phase de discrimination des pictogrammes.

2.9.2. Résultats des compétences socles



2.9.3. Résultats par pôles



l'attention conjointe, la discrimination et la mémoire visuelles sont à renforcer en vue d'une maîtrise complète des deux systèmes.

S. peut donc utiliser les aides visuelles pour se faire comprendre et utiliser le PECS pour s'exprimer.

2.10. Patient 10 : Va.

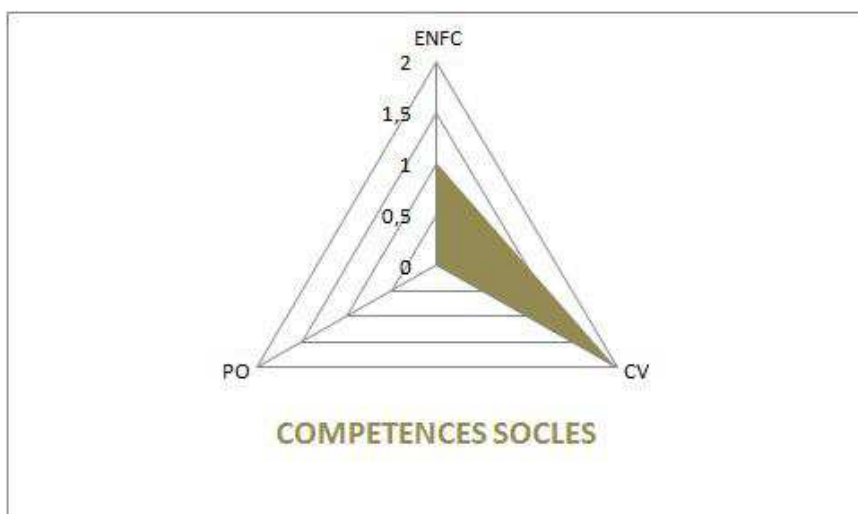
2.10.1. Présentation du patient

Va. est âgé de 11 ans lors de la passation. Il a été scolarisé à partir de 2006, tout en ayant une prise en charge au CMP à partir de novembre 2007. Il intègre l'IME le Graçalou en septembre 2010 à l'âge de 7 ans. Il est adressé par le service de pédopsychiatrie pour *"retard psychomoteur du niveau du handicap intellectuel moyen, en relation avec de graves troubles de la personnalité, évoquant un syndrome autistique"*. Il bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité et d'une séance de pataugeoire (encadré par la psychologue et la psychomotricienne).

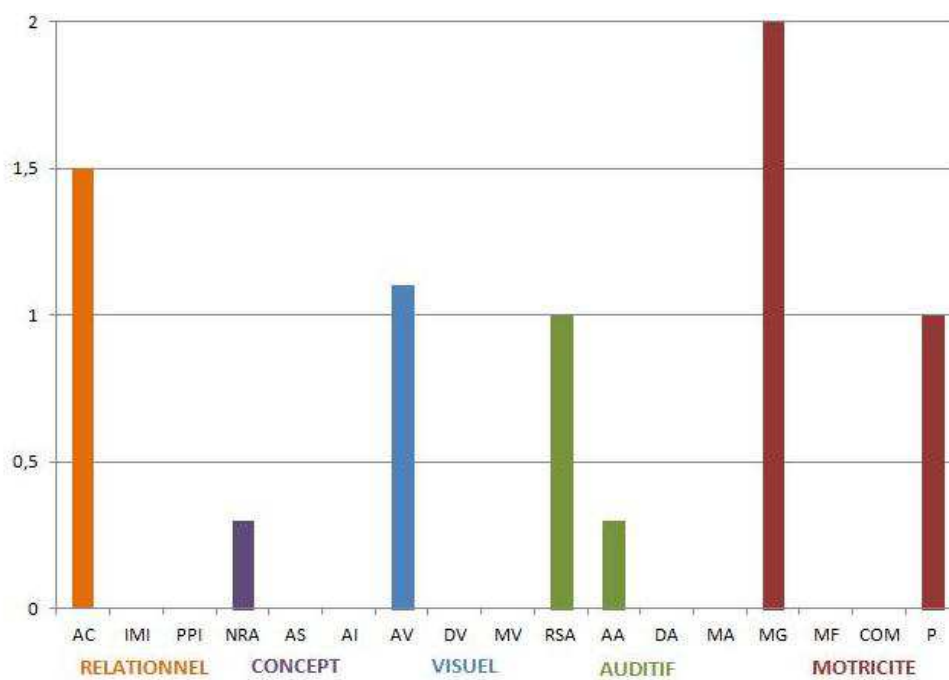
Va. est un enfant qui a besoin de stabilité, de régularité. Si ce n'est pas le cas, il montre d'importants troubles du comportement : morsures, port d'objets à la bouche, cris, agressivité. Il accepte la présence de l'adulte à ses côtés pendant un court moment et répond parfois à sa demande. Il ne fait les activités que si elles sont ritualisées et accompagnées de personnes qu'il connaît.

Va. S'exprime en grande majorité par les cris et des manifestations comportementales. Il prononce quelques sons qui pourraient ressembler pour certains à des mots comme "oui", "encore", ou "maman". A certains moments, Va. communique par le regard, les vocalises et souriant. Il peut se faire comprendre et faire des demandes : il tend son verre ou frappe sur la table pour signifier qu'il a soif. Il semble que la compréhension de Va. se limite à la compréhension des consignes simples, voire une partie de la consigne.

2.10.2. Résultats des compétences socles



2.10.3. Résultats par pôles



Il faudra donc travailler au niveau de la permanence de l'objet et renforcer l'émergence non formalisée de la communication, avant de proposer à nouveau la passation à Va.

2.11. Patient 11 : Vic.

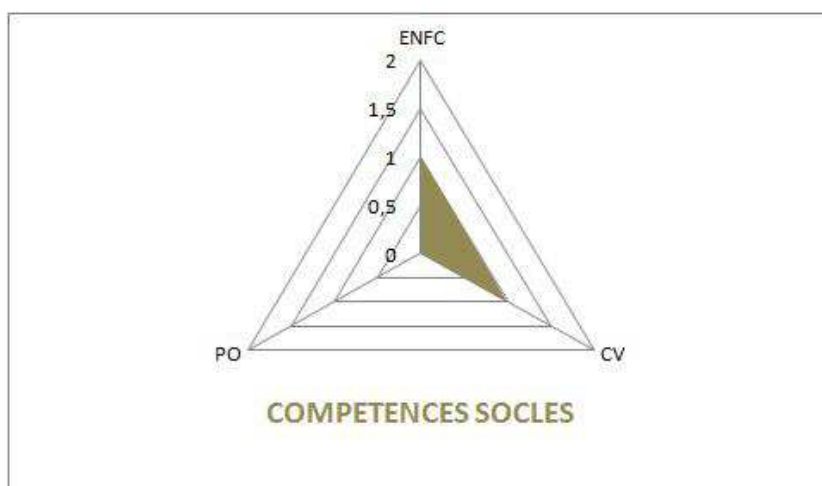
2.11.1. Présentation du patient

Vic. est un jeune âgé de 17 ans. Il a bénéficié d'un suivi au CAMPS de Béthune puis d'une prise en charge en hôpital de jour à Lens. Il est entré en octobre 2003 à l'IME d'Hénin-Beaumont en semi-internat. Un suivi orthophonique libéral a été mis en place depuis 2012. Aujourd'hui, la prise en charge orthophonique se poursuit au sein de l'IME la Fontinelle, où il est entré en avril 2013.

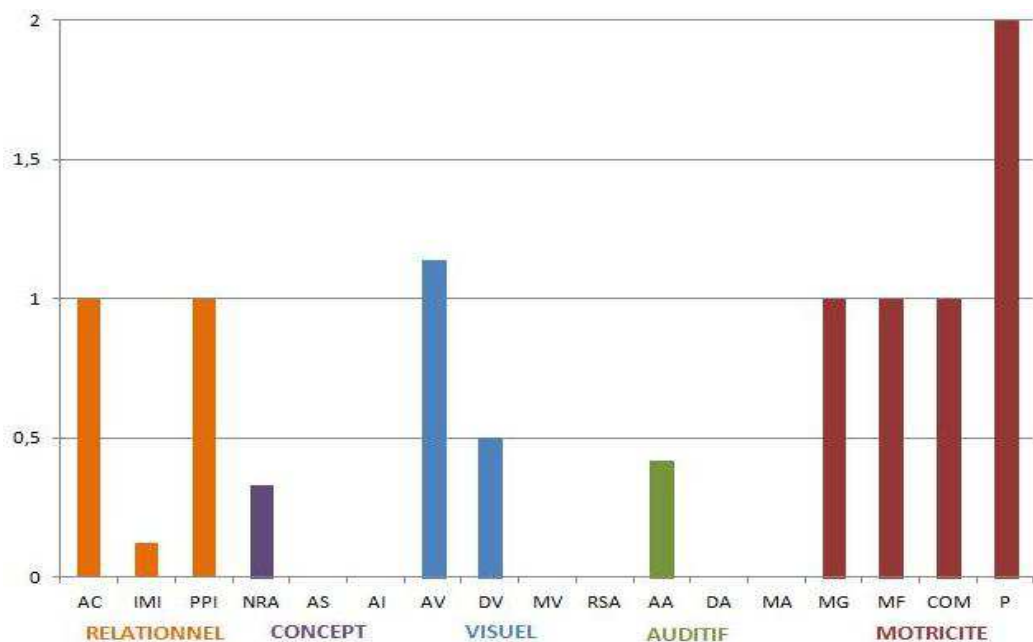
Vic. est un jeune ayant besoin de l'aide de l'adulte dans les tâches quotidiennes au sein du groupe. Il recherche en permanence la présence des autres. Il peut se montrer opposant mais ne manifeste pas de comportements agressifs. Il est décrit comme ayant sa place au sein du groupe. Vic. a des stéréotypies ; il tape du pied, porte les objets en bouche, enlève ses chaussures et ses chaussettes puis les remet, il cherche aussi à vider et remplir des contenants. Vic. aime faire des transvasements, des encastremements et des puzzles. Il apprécie les randonnées. Il aime écouter de la musique et participer à l'atelier pâtisserie.

Du point de vue de sa communication, Vic. comprend les mots simples lorsqu'ils sont accompagnés de gestes et associés au contexte. Il a besoin d'un temps de latence pour effectuer une action. Pour s'exprimer, Vic. utilise le regard, des gestes, des mimiques et des vocalisations. Il est capable de venir chercher l'adulte pour faire une demande ou obtient seul ce qu'il veut.

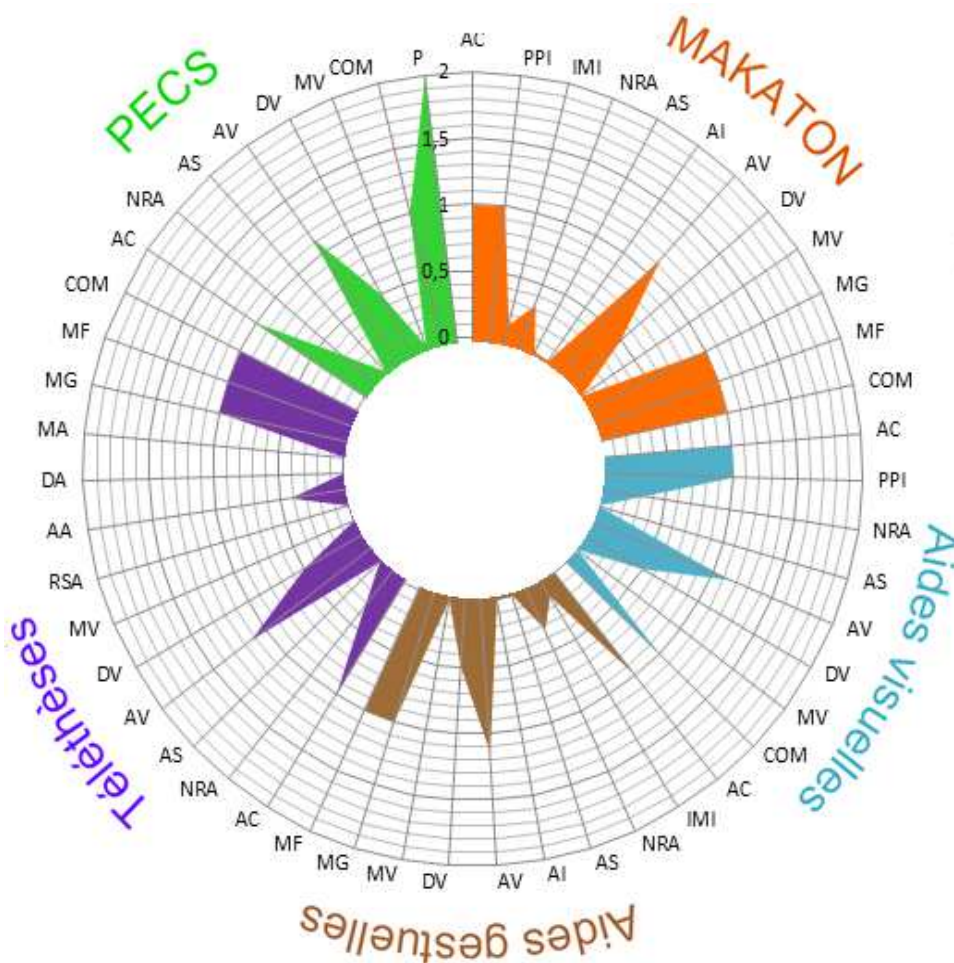
2.11.2. Résultats des compétences socles



2.11.3. Résultats par pôles



2.11.4. Résultats par CAA



2.11.5. Préconisations

La représentation graphique en triangle montre que Vic. ne possède pas toutes les compétences socles requises pour l'utilisation d'une méthode de CAA. En effet, l'émergence non formalisée de la communication et le contact visuel sont en émergence alors que la permanence de l'objet n'est pas acquise. Avant la mise en place d'un système de communication, il faudra veiller à renforcer les deux compétences socles émergentes de Vic. et instaurer prioritairement la permanence de l'objet.

Au regard de la représentation graphique en « radar », il n'est pas possible de conclure à la méthode de CAA la plus adaptée pour Vic. La représentation graphique en histogramme confirme que Vic. ne possède que très peu des compétences nécessaires aux méthodes de CAA. Seule la préhension est acquise et la coordination oculomotrice, l'attention visuelle et l'attention conjointe sont seulement en émergence.

Il faudra donc d'abord travailler au niveau de la permanence de l'objet et renforcer l'émergence non formalisée de la communication ainsi que le contact visuel, avant de proposer un système de communication à Vic.

2.12. Patient 11 : Viv.

2.12.1. Présentation du patient

Viv. est un jeune âgé de 16 ans. Il a bénéficié d'une prise en charge à l'hôpital de jour de Villeneuve-d'Ascq durant 3 ans, à temps partiel puis à temps complet, avant d'intégrer une classe TEACCH au sein d'un IMA depuis janvier 2006. Il est aujourd'hui pris en charge à l'IME la Fontinelle en semi-internat.

Viv. est un jeune présenté comme autonome au sein du groupe éducatif. Il participe aux tâches quotidiennes suite à la sollicitation de l'adulte. Il est capable de repérer les temps collectifs et sait se déplacer seul dans les lieux habituels. Il est en mesure de faire des jeux d'encastres ou des puzzles et aime jouer à l'ordinateur et écouter de la musique. Il est décrit comme un jeune souriant, calme, agréable et compliant. Il a quelques manifestations comportementales, de type hétéro-agressivité, peu intenses.

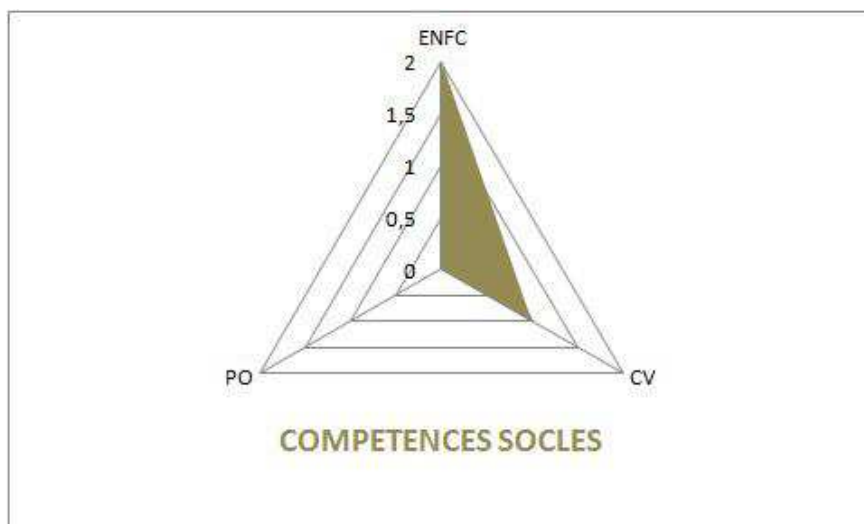
Du point de vue de sa communication, Viv. comprend les ordres simples associés au contexte. Il semble fonctionner par déduction.

Viv. arrive à se faire comprendre par l'instrumentalisation du bras de l'adulte et

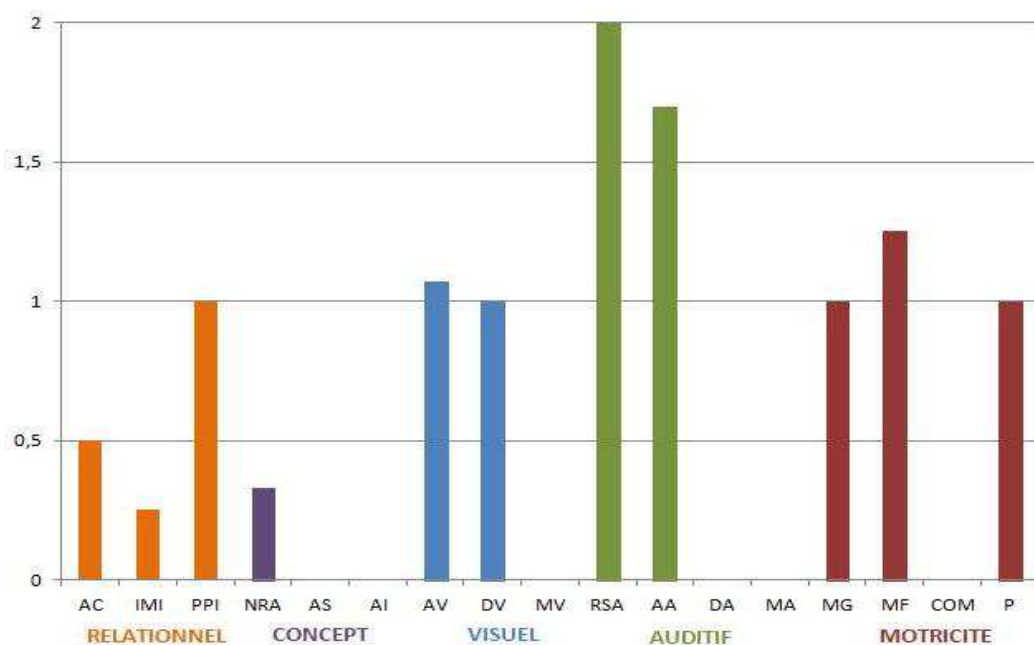
par des gestes non conventionnels. Il utilise également le pointage proto-impératif.

Viv. utilise le PECS au stade de représentation de la photo avec un usage limité, au temps des repas.

2.12.2. Résultats des compétences socles



2.12.3. Résultats par pôles



pour Viv. Un renforcement parallèle des compétences motrices ainsi que l'installation de la discrimination et de la mémoire auditives sont préconisées. Les autres compétences seront l'objet d'un travail ultérieur. Il sera important de proposer à Viv. une autre passation qui pourra confirmer ou infirmer ces propositions de prise en charge actuelles.

Discussion

1. Constat

Aujourd'hui, un nombre croissant de personnes autistes non verbales utilisent une méthode de CAA. Cependant, cette méthode est souvent attribuée de façon arbitraire, en fonction de l'environnement de l'enfant et non de ses capacités. Habituellement, il n'y a pas d'évaluation préalable des compétences, qu'il faut pourtant connaître pour permettre une bonne mise en place du système de communication. Quand bien même le thérapeute souhaiterait établir la liste des compétences du patient, aucun outil permettant d'orienter la prise en charge n'a été à ce jour élaboré.

Ce constat nous a interpellé ; nous avons voulu proposer un outil d'évaluation de la communication chez les personnes autistes non verbales en vue d'une orientation vers une méthode de CAA adaptée.

Notre outil est donc novateur. Il permet d'orienter ainsi que de soutenir cette orientation par des préconisations de travail.

Ayant réalisé qu'il n'existait que très peu d'études dans la littérature, nous avons apporté une réflexion et des axes de travail personnels. Nous avons alors été confrontées à plusieurs questionnements et avons rencontré des difficultés, que nous allons présenter.

2. Critiques de l'outil

Les passations réalisées auprès de nos patients nous ont permis d'expérimenter notre outil, de vérifier sa pertinence et son intérêt ainsi que d'ajuster nos observations afin d'améliorer sa qualité finale.

2.1. Difficultés rencontrées

2.1.1. Spécificité de l'évaluation des personnes autistes

Au cours de nos recherches théoriques, nous avons constaté que les conditions d'évaluation de la personne autiste sont spécifiques et nécessitent une adaptation de l'environnement. Nous savions que les résultats pouvaient être biaisés par l'hypersensibilité du patient et par ses réactions à la situation d'évaluation, à la nouveauté du cadre ou au contexte spatio-temporel. Par ailleurs, le niveau de compréhension verbale des patients n'étant pas connu, nous savions qu'il fallait prendre en compte cette donnée dans l'élaboration de notre outil.

Nous avons cherché à créer des items les plus simples possibles, qui puissent permettre de révéler rapidement la compétence du patient, si elle était présente.

Or, les résultats de certains patients n'ont pas permis de conforter nos attentes. En effet, l'enfant peut avoir acquis la compétence mais ne pas la montrer au moment de l'évaluation. Par exemple, plusieurs enfants n'ont pas réussi à l'item du pointage alors qu'ils ont acquis cette compétence en situation de vie quotidienne.

C'est pourquoi nous avons apporté à nos observations des informations tirées des questionnaires. Celles-ci permettent de vérifier la présence ou l'absence d'une partie des aptitudes évaluées lors de la passation, et ainsi de comparer les résultats.

Par ailleurs, malgré ces précautions d'adaptation, la situation d'évaluation n'a pas été possible pour le patient D. Nous estimons que cela ne remet pas en cause la qualité de notre travail, mais cela nous permet de constater et de reconnaître que tout patient n'est pas prêt pour la passation de notre outil.

2.1.2. La permanence de l'objet : une compétence socle ?

Nous pensons que l'émergence non formalisée de la communication et le contact visuel sont des compétences socles pertinentes. La permanence de l'objet est plus difficile à objectiver.

En effet, pour certains enfants, les résultats montrent que cette compétence n'est pas acquise. Cependant, les niveaux plus élaborés du pôle concept (niveau de représentation et d'abstraction, accès au symbolisme et accès à l'iconicité) peuvent être cotés en émergence ou acquis.

Trois hypothèses peuvent l'expliquer : l'enfant possède cette compétence mais ne l'a pas utilisée au moment où il a été évalué, la permanence de l'objet n'est pas une compétence socle, ou la qualité de notre outil ne permet pas d'objectiver systématiquement cette compétence.

En dépit de ces résultats, appuyées par notre travail théorique, nous continuons à penser que la permanence de l'objet est une compétence primordiale pour l'entrée dans la communication. Nous estimons donc qu'elle est bien une compétence socle mais nous pensons que l'enfant ne l'a pas utilisée au moment voulu, pour les raisons de spécificité de l'évaluation des personnes autistes décrites ci-dessus.

2.1.3. Hiérarchie des compétences

Nous avons établi une hiérarchie dans les activités, selon le niveau d'élaboration cognitive de la tâche. Or, il s'avère que certains enfants ont eu davantage de résultats dans les items considérés comme les plus élaborés et ont échoué dans les tâches les plus simples. Par exemple, certains enfants peuvent avoir échoué aux items d'attention visuelle mais avoir mieux réussi les items de discrimination ou de mémoire visuelle.

Nous élaborons deux hypothèses : ce constat peut être dû à un manque d'intérêt pour les tâches moins complexes, ou alors la hiérarchie proposée n'est pas adaptée au fonctionnement spécifique du patient.

Nous validons cette deuxième hypothèse. En effet, cette hiérarchie est issue de nos propres représentations. Or, les enfants autistes fonctionnent par « îlots de compétences » : des capacités insoupçonnées émergent, sans que l'on puisse en connaître les conditions d'acquisition.

Il faudra donc proposer les items en s'adaptant au patient, sans suivre une hiérarchie pré-établie. Ainsi, on donnera à l'enfant la possibilité de montrer ses compétences.

2.1.4. Autre compétence à évaluer : le niveau de présentation

Nous avons constaté qu'un niveau cognitif manquait dans le pôle concept. Avant de pouvoir parler du niveau de représentation, il faut pouvoir définir le niveau de présentation. Celui-ci est le fait de prendre en compte qu'un objet est effectivement devant soi. Nous pensons que cette compétence doit également faire l'objet d'une évaluation.

2.1.5. Items pas toujours adaptés

2.1.5.1. La sous-partie « Perles »

Pour plusieurs patients, la manipulation de perles n'est pas possible car ils les portent à la bouche et risquent de les avaler.

Il a donc fallu coter la coordination oculomotrice en « non acquis », alors que ce n'était peut-être pas le cas.

Ainsi, il sera intéressant de réfléchir à une autre manière d'évaluer la coordination oculomotrice qui n'implique pas la manipulation de petits objets.

2.1.5.2. Nombre insuffisant d'items pour évaluer certaines compétences

Cette situation concernant la coordination oculomotrice s'est répétée et a soulevé une nouvelle question : certaines compétences ne sont évaluées que par un seul item. C'est le cas pour la coordination oculomotrice mais également la réaction à un stimulus auditif, le pointage proto-impératif ...

Nous pensons qu'il serait important de proposer au moins deux items permettant de conclure à la présence ou non de la compétence, afin de donner à l'enfant plus de possibilité de la mettre en œuvre.

2.1.5.3. Les images comme support

Pour certains patients, le support imagé n'est pas porteur de sens. Pourtant, pour la quasi totalité des items de la Partie 3, nous avons choisi d'utiliser des images comme support de notre évaluation. Dans le cas d'un patient qui prendrait en compte les images en tant qu'objet et non pour ce qu'elles représentent, le matériel devient un obstacle à la réussite des items.

Nous suggérons qu'il faudrait privilégier les objets. Par exemple dans le pôle auditif, quand l'enfant doit associer un son à une image, il serait judicieux de remplacer les images par des objets.

2.1.5.4. L'item Réaction à un stimulus auditif

Nous nous sommes rendu compte que certains enfants ne réagissaient pas à l'agitation de la clochette. De ce fait, nous avons souvent coté que la « Réaction à un stimulus auditif » n'était pas acquise. Pourtant, les personnes autistes peuvent avoir une hyposensibilité à certains bruits, à certaines fréquences. Le fait de n'évaluer cette réaction auditive que sur un bruit aigu et bref nous paraît réducteur.

Il sera important d'élargir cet item à d'autres bruits et fréquences.

2.1.5.5. Difficultés d'interprétation de certains items

Malgré l'élaboration des consignes de cotation, plusieurs items ont été difficiles à interpréter. C'est le cas pour l'ensemble des items du pôle auditif. En effet, les compétences auditives sont principalement vécues sur le plan réceptif. Peu d'indices permettent à l'évaluateur d'observer la présence ou l'absence de ces compétences.

Nous avons cherché à résoudre ces difficultés en regardant les modalités d'évaluation de ce type de compétences dans d'autres outils. Les avis sont

unanimes ; il est difficile d'évaluer ces aptitudes de façon totalement objective. Nous n'avons donc pas pu, à ce jour apporter de solutions à ces difficultés d'interprétation.

2.1.6. Difficulté à trouver des épreuves spécifiques

Enfin, nous avons essayé de créer des items évaluant exclusivement la compétence-cible. Or, cette volonté d'éviter les interférences avec d'autres compétences n'a pas toujours pu être respectée. Nous avons parfois été dans l'obligation de préciser que certains items mettaient en jeu d'autres aptitudes que celles évaluées. C'est le cas notamment pour la sous-partie des perles, celle nécessitant l'utilisation d'un miroir ou pour l'évaluation de la mémoire visuelle ou de la mémoire auditive.

2.2. Apports de notre travail

Les objectifs que nous nous étions fixés en reprenant le travail entrepris dans le mémoire soutenu en 2013 étaient d'apporter des modifications rendant l'outil plus complet. Nous pensons que plusieurs de nos objectifs ont été atteints.

2.2.1. Apport du temps d'observation libre

Ce temps de jeu libre a été révélateur. Il a permis de mettre en place une interaction spontanée par laquelle les compétences socles sont évaluées de manière plus adaptée qu'elles ne le seraient par une évaluation formelle. L'observation des comportements spontanés du patient a permis d'obtenir des informations très importantes sur son fonctionnement. Qui plus est, cette situation introduit l'évaluation formelle qui suit, en établissant un échange préalable entre le patient et l'examineur.

2.2.2. Association des items aux définitions des compétences

Le travail de définitions précises des compétences nécessaires à l'utilisation des différentes méthodes de CAA a permis de mettre en adéquation ce que nous avons l'intention d'évaluer avec ce qui a été réellement évalué. Nous avons intégré dans nos objectifs les axes de travail proposés dans l'étude précédente et avons veillé à améliorer ces points négatifs.

Aujourd'hui, nous pensons que nos items évaluent le mieux possible ce qu'ils sont censés évaluer.

2.2.3. Retours positifs de l'équipe éducative

Notre outil a créé une situation d'échange avec les différents professionnels. Les éducateurs ont trouvé intéressant de découvrir l'enfant sous un nouvel angle. En effet, notre outil a pu révéler de nombreuses compétences, qui n'avaient pas été observées chez les patients dans leur vie quotidienne. Du fait de sa précision, les accompagnants ont pu observer des éléments qu'ils n'avaient pas été en mesure d'observer sur des temps éducatifs. La présentation des résultats de certains patients a été bénéfique pour l'équipe éducative concernée et a apporté une prise de conscience des capacités réelles du patient, permettant de mieux s'adapter à son fonctionnement.

3. Validation des hypothèses

Nous avons élaboré deux hypothèses. La première était de trouver des items permettant d'évaluer précisément chaque compétence nécessaire à la mise en place d'une méthode de CAA, tout en nous adaptant au maximum à la spécificité des personnes autistes.

Nous estimons que cette hypothèse est validée. En effet, chaque item a été coté « acquis » pour au moins un patient parmi ceux faisant partie de nos passations. Cela prouve leur pertinence. De plus, malgré des besoins de précision et d'amélioration, nous pensons que tous les items permettent d'évaluer du mieux possible la compétence que nous souhaitons évaluer.

Notre deuxième hypothèse concernait l'orientation de nos patients vers une méthode de CAA qui leur soit adaptée.

Cette hypothèse est partiellement validée. En effet, notre outil a permis d'orienter de façon adéquate certains de nos patients vers une méthode de CAA. D'autres n'ont pas pu l'être en raison de l'absence des compétences socles ou de l'impossibilité de terminer la passation de l'outil.

Pour la majorité des patients, l'hypothèse est validée :

- Pour Ic : il présente les 3 compétences socles et la quasi totalité des compétences évaluées. En vue d'une communication verbale à laquelle il pourrait avoir accès, il nous semble judicieux de lui proposer le Makaton comme méthode de CAA.

- Pour Ik : en effet, il possède les 3 compétences socles. La mise en place du PECS semble la plus adaptée à son profil, accompagnée d'un travail au niveau conceptuel et au niveau visuel.
- Pour J. : il présente les 3 compétences socles. Avec un travail approfondi, de la discrimination et de la mémoire visuelle, du niveau de représentation et d'abstraction ainsi que du pointage et de la préhension, J. peut utiliser le PECS en expression et les aides visuelles en compréhension. Cette orientation confirme donc la prise en charge actuelle de J. avec l'utilisation du PECS et vient également la compléter avec l'orientation vers les aides visuelles.
- Pour M. : il possède les 3 compétences socles. Il peut utiliser aujourd'hui les aides visuelles en compréhension et le PECS en expression avec toutefois un travail préalable axé sur la discrimination et la mémoire visuelle ainsi que sur le niveau de représentation et d'abstraction et l'accès au symbolisme.
- Pour N. : il présente les 3 compétences socles. Avec un travail approfondi au niveau de la discrimination visuelle et de la mémoire visuelle, l'orientation vers le PECS nous semble la plus adaptée à N.
- Pour P. : il possède les 3 compétences socles et la mise en place d'aides visuelles en expression comme en compréhension peut s'effectuer dès maintenant, en parallèle d'un renforcement de l'attention visuelle et de l'attention conjointe.
- Pour S. : il présente les 3 compétences socles. Un travail de l'attention conjointe, de la discrimination et de la mémoire visuelles permettront une utilisation efficace des aides visuelles en compréhension et du PECS en expression. Cette orientation confirme donc la prise en charge actuelle.

Pour certains patients, l'hypothèse est partiellement validée :

- Pour G : en effet, elle ne possède pas toutes les compétences socles. Il faudra donc en premier lieu privilégier l'installation de la permanence de l'objet, par le biais de la Thérapie d'Echange et de Développement (TED). Elle pourra par la suite être orientée vers les aides gestuelles qui sont actuellement le système de communication le plus adaptée selon son profil.
- Pour Vic. : en effet, il ne possède pas toutes les compétences socles. La TED permettra de travailler la permanence de l'objet. Il faut également renforcer le

contact visuel et l'émergence non formalisée de la communication pour solidifier les bases de Vic.

- Pour Viv. : il ne possède toutes les compétences socles. La permanence de l'objet, travaillée avec la TED sera un premier objectif. Il faudra aussi renforcer le contact visuel par des activités ciblées sur le jeu symbolique.

En revanche, pour d'autres patients, l'hypothèse n'est pas validée :

- Pour D. : les tentatives de passation de l'outil n'ont pas été concluantes. Il n'a pas utilisé les compétences attendues de sorte que nous ne pouvons pas l'orienter vers une méthode de CAA adaptée.
- Pour Va : en effet, il ne possède pas les 3 compétences socles. Un travail devra être fait pour installer la permanence de l'objet et pour renforcer l'émergence non formalisée de la communication. Par ailleurs, les résultats ne permettent pas d'orienter Va. vers une méthode de CAA. Nous suggérons une nouvelle passation après le travail sur les compétences socles.

4. Intérêt pour l'orthophonie

La prise en charge de la communication des personnes autistes non verbales est aujourd'hui lacunaire. La plupart de nos patients sont déjà des adolescents et il est regrettable de ne trouver dans la littérature aucun outil à visée d'orientation vers une méthode de communication alternative et augmentative. Notre outil se présente donc comme une clé proposée aux orthophonistes qui auront ainsi un support d'évaluation leur permettant d'orienter des patients autistes non verbaux. En effet, l'orientation des personnes autistes est souvent difficile et les décisions à prendre quant à l'installation d'une méthode de CAA peuvent s'avérer compliquées. Notre outil permet d'objectiver l'orientation et de proposer un travail au niveau des compétences.

Le principal atout de notre matériel est qu'il évalue les deux versants de la communication : expression et compréhension.

L'autre avantage est qu'il permet d'envisager la passation en première ou en deuxième intention. Il pourra soit orienter directement vers une méthode de CAA, si aucun système n'a été préalablement mis en place, soit confirmer ou infirmer la prise en charge actuelle.

Notre outil propose également de tenir compte de l'évolution des compétences des patients. Celles-ci changent en fonction du travail fourni et un changement de méthode de CAA peut se produire. Notre matériel offre donc la possibilité de réévaluer autant de fois que nécessaire les capacités des patients.

5. Ouverture

Au fur et à mesure de notre travail, nous avons dû réévaluer nos objectifs concernant la finition de l'outil. Nous voulions créer un matériel se rapprochant le plus possible des critères de qualité d'un outil d'évaluation.

Concernant la forme, le carnet de passation, les consignes et le tableau synthétique de cotation nous semblent aboutis. Nous pensons avoir également terminé la présentation des représentations graphiques.

L'objectif à poursuivre serait de reprendre quelques parties de l'outil en adaptant encore plus le matériel et quelques items, pour ensuite augmenter le nombre de passations et de s'intéresser à la validation de l'outil.

Conclusion

Notre travail s'est inscrit dans la continuité d'une étude entreprise l'an dernier sur l'évaluation de la communication des personnes autistes non verbales. Nous sommes parties du constat que les méthodes de prise en charge des personnes autistes existent, sont efficaces mais rarement adaptées. De surcroît, aucun outil ne permet, aujourd'hui, d'orienter cette prise en charge.

Nous avons donc élaboré un outil, l'E.C.C.A, permettant de répondre à ce besoin. Notre outil dresse un tableau des compétences et déficits du patient et apporte des axes d'orientation pour une communication adaptée ainsi que des axes de travail au niveau des compétences. Lors des différentes passations, nous avons pu expérimenter le matériel et émettre des remarques et critiques dans le but d'améliorer sa qualité finale.

Nous considérons aujourd'hui que notre outil répond aux objectifs que nous nous étions fixés. Il est en mesure d'évaluer les compétences de communication du patient et d'établir une orientation vers la méthode de Communication Alternative et Augmentative la plus adaptée au patient. Il pourra permettre aux personnes autistes non verbales de « communiquer avec efficacité », selon l'expression de Tony Robbins. Nous avons élaboré un outil permettant de respecter chaque personne dans sa manière de concevoir le monde, afin d'établir une communication basée sur la connaissance et la compréhension de l'autre.

Toutefois, ce matériel mérite d'être perfectionné. Un plus grand nombre de passations et des étapes de validation pourront constituer les objectifs suivants. Nous espérons que cette recherche pourra interpeller d'autres étudiants et que l'outil d'orientation élaboré pourra servir à l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes autistes non verbales.

Ce travail a été l'occasion pour nous d'approfondir nos connaissances dans le domaine de l'autisme et d'accroître nos intérêts déjà existants. Les recherches théoriques ainsi que nos études pratiques nous ont permis de bénéficier d'une expérience clinique déterminante pour notre futur exercice professionnel.

Bibliographie

- ADRIEN JL (1996). *L'autisme du jeune enfant. Développement psychologique et régulation de l'activité. Expansion Scientifique Française.*
- ADRIEN JL (2008). *BECS : Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle.* Paris : De Broeck.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* (4^{ème} éd. Rév. / Traduction française). Paris : Masson.
- BATES E, BEGNINI L, BRETHERTON I, CAMAIONI L, VOLTERRA V (1979). *The emergence of symbols : Cognition and communication in infancy.* New York : Academic Press.
- BRISO-DUBOIS J, BOUSQUET C (2005). *Outil d'Evaluation Précoce en Orthophonie. L'Orthophoniste.*
- CARLIER J, LEMAN M.F, MARTINEZ J, PRUVOST F (2013). *Vers une communication alternative : outil d'évaluation pour l'orientation de personnes non-verbales avec autisme.* Mémoire de recherche. Université de Lille.
- CUXAC C (1996). *Fonctions et structures de l'iconicité dans les langues des signes ; analyse descriptive d'un idiolecte parisien de la Langue des Signes Française.* Thèse de Doctorat d'État, sous la direction de M. le Professeur F. François. Université René Descartes, Paris V.
- GOLSE B (2013). *Mon combat pour les enfants autistes.* Paris : Odile Jacob.
- HAS (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. État des connaissances. Argumentaire.*
- JAKOBSON R (1963). *Essais de linguistique générale.* Minuit : Paris, p. 209-248.
- JAMES W (1890). « *Attention* » in JAMES W. *The Principles of Psychology Volume 1* Harvard University Press, pp. 403-404
- JOSPIN L, GUIGOU E, KOUCHNER B (2002). Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.
- KANNER L (1943). *Autistic Disturbance of Affective Contact. Nervous Child. Volume 2. p.217-250.*
- MILLAN R (2001). *Les fonctions du système visuo-moteur : quelques pistes pour leur évaluation chez l'enfant atteint de polyhandicap.* CESAP informations, 34, 17-24
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) (2000). *CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche.* Paris : Masson. 305 p.
- PIAGET J (1945). *La formation du symbole chez l'enfant: imitation, jeu et rêve, image et représentation.* Neuchâtel ; Paris : Delachaux et Niestlé.

- ROBBINS T (1987). *Unlimited Power : The New Science of Personal Achievement*. New York : Ballantine Books.
- SCHOPLER E, LANSING M, REICHLER R-J, MARCUS L-M (2008). *PEP-3 : Profil Psycho-Educatif, 3ème édition*. Bruxelles : De Boeck.
- TOURRETTE C (2011). *Evaluer les enfants avec déficiences et troubles du développement*. Paris : Dunod. p.9.
- VERPOTEN R, NOENS I, VAN BERCKELAER-ONNES I (2012). *Evaluer la communication et intervenir*. Bruxelles : De Boeck.
- WATZLAWICK P, HELMICK-BEAVIN J, JACKSON DD (1969). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.
- WILLAYE E, DEPREZ M, DESCAMPS M, NINFORGE C (2005). *Évaluation des compétences fonctionnelles pour l'intervention (EFI)*. France : Autisme France Diffusion.

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Tableau des compétences par CAA.

Annexe n°2 : Questionnaire aux parents.

Annexe n°3 : Questionnaire aux éducateurs.

Annexe n°4 : Photos du matériel.

Annexe n°5 : Livret de passation.

Annexe n°6 : Consignes de cotation.

Annexe n°7 : Tableau de cotation.