



Département d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

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

Adèle BOURBON

soutenu publiquement en juin 2018 :

Etat des lieux des pratiques orthophoniques pour l'évaluation diagnostique des troubles du spectre autistique

MEMOIRE dirigé par :

Mélanie DELSAUT, Orthophoniste, Centre Ressources Autismes, CHRU de Lille

Maud LE BAR, Orthophoniste, Centre Ressources Autismes, CHRU de Lille

Lille – 2018

Remerciements

Mes sincères remerciements à ceux qui ont contribué, de près comme de loin, à l'élaboration de mon mémoire. Je tiens à remercier particulièrement mes maîtres de stage et de mémoire ainsi que toute l'équipe du Centre Ressources Autisme de Lille pour leur accueil bienveillant et leurs savoirs précieux. Merci aux orthophonistes des CRA de France qui ont pris le temps de contribuer à ma recherche avec beaucoup de patience et de gentillesse. Merci à mes amies et futures collègues de l'école de Lille. Et enfin, je remercie ma famille, Coralie, Grégoire et la famille Lamblin pour leur soutien inestimable durant mes études et l'écriture de mon mémoire qui en est l'aboutissement.

Résumé :

Les orthophonistes participent pleinement au parcours diagnostique des TSA. A l'ère de l'«Evidence Based Practice», leurs évaluations se doivent d'être rigoureuses et en accord avec les recommandations émises par les hautes instances de santé, dont le souhait est de lier les acteurs, harmoniser leurs interventions, et établir des diagnostics précoces. A ce jour, il n'existe pas d'outils spécifiques ni d'évaluation type pour l'autisme en orthophonie. L'étude visait donc à faire un état des lieux des pratiques orthophoniques pour l'évaluation diagnostique des TSA. Elle a été menée par le biais d'entretiens téléphoniques auprès d'orthophonistes travaillant dans des centres spécialisés. Nous avons ainsi obtenu des données concrètes sur l'évaluation et les outils utilisés permettant de disposer de ressources essentielles à l'échange des pratiques et à la qualité de la démarche diagnostique. Nous avons aussi pu constater une importante diversité dans les pratiques et des besoins en terme d'outils pour l'évaluation de compétences spécifiquement orthophoniques. Ces derniers éléments ouvrent la voie pour des recherches futures.

Mots-clés :

Diagnostic, CRA, Evaluation orthophonique, TSA

Abstract :

Speech therapists are fully involved in the diagnostic pathway of ASD. In the era of "Evidence Based Practice", their evaluations must be rigorous and in accordance with the high health authorities' recommendations, whose desire is to link the actors, harmonize their interventions, and establish early diagnosis. So far, there are no specific tools or standard assessments for autism in speech therapy. The aim of the study was to make an inventory of the speech therapists practices for the diagnostic evaluation of ASD. It was conducted through telephone interviews with speech therapists working in specialized centers. We thus obtained concrete data on the evaluation and the tools that are used. Those data provide essential resources for the exchange of practices and the quality of the diagnostic procedures. We also noted a great diversity of practices and needs in terms of tools for the assessment of specific speech-language skills. These last elements open the way for future research.

Keywords :

ASD, Autism diagnostics and consulting center, Diagnosis, Speech-therapist Assessment

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1.Recommandations et politique de l'autisme en France.....	2
1.1.Des mesures récentes.....	2
1.2.Intérêt d'un dépistage précoce et recommandations.....	2
1.3.Outils et recommandations.....	3
1.4.Lieux de dépistage et de diagnostic.....	3
2.Généralités sur l'évaluation.....	4
2.1.Evaluation orthophonique.....	4
2.2.Critères de qualité d'un test diagnostique.....	4
3.Evaluation orthophonique des troubles du spectre autistique.....	5
3.1.Recommandations.....	5
3.2.Domaines évalués.....	5
3.3.Sémiologie langagière et communicationnelle.....	6
3.4.Particularités du fonctionnement cognitif et impact sur l'évaluation.....	9
3.5.Spécificité de l'évaluation.....	10
3.6.Outils disponibles pour l'évaluation.....	10
4.Buts et hypothèses.....	11
4.1.Recensement des outils utilisés par les orthophonistes.....	11
4.2.Démarche d'évaluation : déroulement, limites, adaptations, manques.....	12
Méthode.....	12
Résultats.....	13
1. Population et informations générales.....	13
1.1.Population accueillie par les orthophonistes interrogés.....	13
1.2.Déroulement général de l'évaluation.....	13
1.3.Anamnèse orthophonique.....	14
1.4.Domaines évalués et choix du matériel.....	14
2.Recensement des outils d'évaluation.....	15
2.1.Domaines généraux : communication non verbale et oralité.....	15
2.2.Evaluation des nourrissons (0-2 ans).....	16
2.3.Evaluation des personnes sans langage.....	16
2.3.1.Evaluation des enfants sans langage.....	16
2.3.2.Evaluation des adolescents et adultes sans langage.....	17
2.4.Evaluation des personnes avec langage.....	17
2.4.1.Evaluation des jeunes enfants (2-6 ans).....	17
2.4.2. Evaluation des enfants de 6 à 8 ans.....	18
2.4.3.Evaluation des enfants de 8 à 11 ans.....	19
2.4.4. Evaluation des adolescents entre 11 et 15 ans.....	20
2.4.5.Evaluation des adolescents 15-18 ans.....	21
2.4.6. Evaluation des adultes (>18 ans).....	21
3.Particularités de l'évaluation.....	22
3.1.Structuration.....	22
3.2.Adaptations apportées aux outils.....	23
3.3.Manques.....	23
Discussion.....	25
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	32
Liste des annexes.....	34
Annexe n°1 : Lettre d'information.....	34

<u>Annexe n°2 : Guide d'entretien.....</u>	<u>34</u>
<u>Annexe n°3 : Population</u>	<u>34</u>
<u>Annexe n°4 : Tableau récapitulatif des outils utilisés dans les CRA pour l'évaluation des TSA.....</u>	<u>34</u>

Introduction

S'il existe plusieurs définitions de l'autisme qui diffèrent selon les classifications, en France, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018) recommande depuis 2018 l'utilisation du DSM-5 comme référence. Les troubles du spectre autistique (TSA) sont définis comme des troubles neuro-développementaux et la « triade autistique » de la CIM-10 est désormais regroupée en deux catégories de symptômes : la présence d'un « trouble de la communication sociale » et de « comportements restreints et répétitifs ». Le trouble de la communication sociale regroupe les aspects sociaux et pragmatiques de la communication verbale et non verbale. En l'absence de troubles du comportement, ce trouble peut constituer une catégorie diagnostique à part entière (Kim et al., 2014).

Les critères communicationnels et langagiers font donc partie intégrante du diagnostic et sont évoqués dès le plus jeune âge. Très précocement, il est possible de constater une absence ou une pauvreté du développement des précurseurs du langage oral (ex. babillage, pointage etc.), dans un second temps des troubles du langage oral réceptif et expressif, puis, une utilisation inappropriée du langage. Ces troubles du langage et de la communication sont présents à des degrés différents dans les TSA et sont corrélés à la sévérité du trouble, à l'âge et au niveau intellectuel. Par conséquent, la communication dans ses différents aspects, nécessite d'être évaluée par une approche pluridisciplinaire. Compte tenu de l'importance de ces critères, l'orthophoniste, professionnel de la communication, occupe une place primordiale dans l'évaluation diagnostique. L'examen orthophonique est donc indispensable pour évaluer les aspects formels et pragmatiques ainsi que le langage écrit si besoin, voire le langage gestuel (Bursztein et al., 2005).

Cependant, s'il existe pour l'autisme des outils généraux spécifiques et recommandés tels que l'ADOS et l'ADI-R, les outils orthophoniques spécifiques sont quasi-inexistants et l'évaluation reste principalement basée sur des épreuves non spécifiques issues de tests ou batteries de tests. De plus, leur utilisation diffère selon les pratiques, ce qui peut constituer un frein à l'échange et au développement de la connaissance et de l'expertise dans le domaine de l'autisme.

Ainsi, bien que l'orthophonie fasse partie intégrante de la démarche diagnostique, il n'existe pas à ce jour de bilan type et spécifique dans les différents établissements d'évaluation. En outre, la population reçue dans ces établissements s'étend du très jeune enfant à la personne adulte, constituant une difficulté supplémentaire pour l'orthophoniste, dont l'évaluation se doit d'être à la fois très spécifique mais aussi de viser une population très vaste. Ces éléments nous mènent à l'étude, dont l'objectif est de recenser les outils orthophoniques actuellement utilisés pour l'évaluation dans les centres spécialisés ainsi que d'en connaître les avantages et limites. L'étude a pour ambition d'aller au-delà d'un simple état des lieux et souhaite permettre d'objectiver les manques et les difficultés auxquels sont confrontés les orthophonistes avec les outils dont ils disposent. L'étude doit être envisagée dans une volonté d'harmonisation des pratiques orthophoniques afin d'aborder ces troubles par une approche intra-disciplinaire. Il s'agit de pouvoir envisager un dialogue entre tous les professionnels, dépassant les obstacles que pourraient poser les divergences d'opinion, de choix thérapeutiques, et la diversité des cas.

Contexte théorique, buts et hypothèses

Nous rappellerons dans un premier temps les recommandations et les moyens mis en œuvre en France pour le diagnostic de l'autisme. Nous évoquerons les grands principes de l'évaluation orthophonique et ses spécificités dans le domaine de l'autisme, dont la grande diversité et la proximité clinique avec d'autres pathologies provoquent encore de nombreuses divergences en terme de diagnostic. Enfin, nous présenterons les différents outils disponibles pour l'évaluation.

1. Recommandations et politique de l'autisme en France

1.1. Des mesures récentes

En France, c'est à partir des années 90 qu'a émergé une réelle politique de diagnostic et de prise en charge de l'autisme (Compagnon, Pons, & Fourniere, 2016). Face à d'importantes disparités en matière d'évaluation et de prise en charge, le gouvernement a défini un ensemble de mesures regroupées dans un premier plan autisme en 2005. Ce plan a notamment permis la mise en place effective de Centres de Ressources Autisme régionaux (CRA). Ces centres ont une mission d'information, de recherche et de diagnostic. Deux autres plans ont succédé à cette première entreprise (plans autisme 2008-2010 / 2013-2018), rappelant que les CRA sont au cœur de la stratégie d'harmonisation des pratiques de diagnostic. Ils doivent eux-mêmes être évalués pour s'assurer de leur bon fonctionnement et éviter les disparités diagnostiques constatées entre les régions (Letard, 2011). Les CRA sont en lien avec différentes structures de soins, également impliquées dans le diagnostic de l'autisme tels que les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Centres Médicaux-Psychologiques (CMP) ou encore les Centres Médicaux Psychopédagogiques (CMPP). En outre, dans la volonté d'accélérer le processus diagnostique et de favoriser les prises en charge précoces, le dernier plan autisme a soutenu le déploiement du triptyque « dépistage-diagnostic-intervention précoce » faisant intervenir les structures citées ci-dessus et les Equipes Diagnostic Autisme de Proximité (EDAP), dont l'unique mission est consacrée au diagnostic de l'autisme.

Enfin, le rapport de 2016 rappelle que, face à l'extrême complexité de l'autisme, il est nécessaire d'avoir une intervention commune et harmonieuse de tous les professionnels et services et une articulation entre les différents secteurs: sanitaire, médico-social et éducatif (Compagnon, Pons, & Fourniere, 2016).

1.2. Intérêt d'un dépistage précoce et recommandations

Le dernier plan autisme met l'accent sur le dépistage et le diagnostic précoce. Une des priorités est de déployer un réseau national afin de faciliter l'accès au diagnostic et d'éviter les prises en charge tardives, sources de sur-handicaps (Carlotti, 2013). En effet, la précocité des interventions auprès des personnes avec TSA permet d'observer des progrès dans le développement cognitif et langagier de la personne (INSERM, 2004). Cependant, la pose d'un diagnostic précoce n'est pas toujours aisée. Les professionnels se heurtent à une pathologie à la symptomatologie complexe et hétérogène, d'intensité et d'expressivité variable (Plumet, 2014). Toutes les mesures prises ces dernières années en France par le biais des

plans autisme, ont donc été pensées dans l'objectif de pallier les difficultés rencontrées dans les missions de dépistage et de diagnostic précoce.

Selon la définition de l'OMS, le dépistage consiste à identifier, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue (Wilson, Jungner, & Organization, 1970). Pour ce faire, l'INSERM détermine une stratégie de dépistage en trois niveaux : le dépistage systématique dans la population générale ; la détection précoce dans une population avec problèmes identifiés, par des professionnels spécialisés ; l'activité d'évaluation et de diagnostic d'équipes spécialisées dans le diagnostic. L'INSERM rappelle qu'il est nécessaire d'assurer une coordination entre ces trois niveaux et un degré d'expertise suffisant pour répondre aux interrogations soulevées par un développement atypique (INSERM, 2004).

Ainsi, l'orthophoniste s'intègre dans un réseau impliquant différents professionnels et participe pleinement au dépistage de signes précoces, que ce soit en libéral ou en structure. Il se doit alors de connaître ces signes et de disposer d'outils pertinents afin de pouvoir engager le plus tôt possible un processus diagnostique.

1.3. Outils et recommandations

Les CRA sont appelés à jouer un rôle d'accélérateur dans la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et doivent disposer d'outils pertinents pour structurer un réseau. Il est dès lors vivement recommandé d'utiliser des tests standardisés à visée diagnostique (Compagnon, Pons, & Fourniere, 2016) appropriés à l'âge et au niveau du patient. Ces recommandations sont valables pour toutes les structures concernées par le diagnostic. En France, la HAS émet des recommandations sur les outils d'évaluation qui permettent de contribuer au diagnostic de l'autisme (l'ADI-R et ADOS2), ou encore d'apprécier le degré de sévérité (C.A.R.S). Ces tests font partie de l'examen standard et systématique mais ne peuvent être dissociés d'une observation clinique directe et indirecte (ex. questionnaires parentaux).

Aussi, la HAS souligne dans ses dernières recommandations (HAS, 2018) l'importance des examens paramédicaux : Un examen psychologique, pour lequel il est recommandé d'utiliser la VINELAND II (profil intellectuel et socioadaptatif) et le PEP 3 (profil développemental) ; un examen psychomoteur et sensorimoteur, et enfin, un examen du langage et de la communication permettant d'évaluer les aspects formel, pragmatique, écrit, voire gestuel. Dans les dernières publications, il n'existe cependant pas de recommandations claires à propos des outils orthophoniques à utiliser. Seul un tableau propose à titre d'exemples quelques outils qu'il est possible d'exploiter.

1.4. Lieux de dépistage et de diagnostic

Rappelons que la volonté de l'Agence Régionale de Santé (ARS) est de constituer un maillage par région entre les différents acteurs, en articulation autour des CRA.

De nombreux établissements sont susceptibles d'accueillir des personnes pour un diagnostic d'autisme. On parle d'établissements de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} ligne, selon leur ordre d'arrivée dans le parcours diagnostique. Ainsi, les établissements de 1^{ère} ligne ont un rôle d'alerte et de dépistage (PMI, médecins traitants, orthophonistes en libéral, école), les établissements de seconde ligne ont un rôle dans le diagnostic simple (CAMPS, CMP, CMPP,

EDAP). Les CRA viennent en troisième ligne. Ces derniers sont davantage concernés par des difficultés ou urgences diagnostiques. Ils bénéficient d'équipes pluridisciplinaires particulièrement formées en matière d'autisme. Enfin, ces structures sont sensibilisées à l'utilisation d'outils standardisés tels que l'ADOS et l'ADI-R, menant à un protocole plus formel d'évaluation pour les enfants présentant une hypothèse de TSA.

2. Généralités sur l'évaluation

2.1. Evaluation orthophonique

De manière générale, l'orthophoniste propose une première rencontre avec le patient et sa famille/accompagnant au cours de laquelle il propose l'anamnèse. L'évaluation débute à ce moment-là car il est d'ores et déjà possible d'obtenir des informations contribuant à la pose d'un diagnostic et à l'établissement d'un projet thérapeutique. L'évaluation se complète par des observations cliniques permettant d'obtenir des données qualitatives et quantitatives sur les comportements langagiers et communicationnels du patient. Ces données peuvent être relevées dans une situation spontanée (ex. discussion, jeu), ou lors de l'administration d'un test ou d'un questionnaire. Les orthophonistes disposent d'outils spécifiques à leur domaine et il est recommandé d'utiliser des tests standardisés.

On parle de test standardisé lorsque celui-ci peut être administré, corrigé et interprété de façon uniforme et cohérente. Pour cela, il doit avoir été normalisé ou étalonné sur une population de référence. La normalisation ou étalonnage, consiste à administrer le test à un échantillon représentatif de la population, dont les scores constitueront la « norme ». Cette normalisation permettra de déterminer des seuils pathologiques et de pouvoir comparer les performances d'un individu à celles de la population d'échantillonnage, à condition que le test ait été administré en suivant la procédure standardisée.

2.2. Critères de qualité d'un test diagnostique

Dans leur article, Leclercq et Veys (Leclercq & Veys, 2014) proposent une synthèse des critères de qualité pour évaluer un test diagnostique standardisé. Parmi les critères que les auteurs énoncent, nous retiendrons : la qualification de l'évaluateur qui administrera le test, la taille de l'échantillon de l'étalonnage, la pertinence des items sélectionnés, la fidélité test-retest et interjuge, la validité prédictive et la validité théorique du test, sa validité interne c'est à dire sa sensibilité et sa spécificité.

De manière générale, le critère de validité d'un test fait référence à ce qu'il est censé mesurer et à sa capacité à identifier les sujets pathologiques. Un « bon » test diagnostique doit donc pouvoir : être étalonné sur une population contrôle assez importante (>100), donner des résultats reproductibles d'une administration à une autre, contenir uniquement des items pertinents par rapport au domaine testé et reposer sur des bases théoriques solides, être prédictif de la capacité testée dans la vie quotidienne (outil fonctionnel). Enfin, l'outil doit disposer d'un pouvoir discriminant en étant sensible et spécifique et « doit avoir fait l'objet d'analyses spécifiques incluant notamment une population pathologique, afin de garantir son pouvoir diagnostique » (Leclercq & Veys, 2014). La sensibilité peut être définie comme la capacité d'un test à repérer une maladie ou un trouble chez un individu effectivement atteint. La spécificité est définie comme la capacité d'un test à identifier comme non atteint, un

individu effectivement sain. A ce jour, les tests orthophoniques ne respectent pas tous ces critères et il reste parfois difficile d'avoir accès à ces valeurs psychométriques dans les manuels.

3. Evaluation orthophonique des troubles du spectre autistique

3.1. Recommandations

La prévention, l'évaluation et la prise en charge précoce font partie des compétences de l'orthophoniste (Jospin, Guigou, & Kouchner, 2002). Le rôle de l'orthophoniste sera d'analyser et qualifier le niveau et les modes de communication des patients avec hypothèse de TSA. L'évaluation permettra de dégager des profils dont les caractéristiques et particularités auront une forte valeur diagnostique, le critère concernant la communication étant au cœur de la démarche. Elle repose donc à la fois sur une connaissance de ces particularités de fonctionnement et sur des connaissances générales sur la méthodologie du bilan.

Selon les recommandations de la HAS, l'examen des différentes dimensions du langage et de la communication doit se faire au moyen des tests standardisés disponibles. Cela permet d'assurer la validité des évaluations mais aussi la bonne communication entre professionnels. En effet, les orthophonistes s'inscrivent dans un réseau (Baghdadli et al., 2006), dans lequel la communication peut être facilitée par l'existence de pratiques communes. Cependant, l'évaluation ne se dispense pas de nombreuses observations en contexte permettant de mener une analyse clinique qualitative.

3.2. Domaines évalués

Comme tout examen orthophonique, les grands domaines évalués seront le langage oral, le langage écrit ainsi que les pré-requis à ces deux domaines. On s'attachera également à évaluer les aspects verbaux, non verbaux et pragmatiques de la communication. Lorsque le patient est non verbal on tentera de définir un niveau de compréhension afin de mettre en place des aides adaptées à son niveau. Enfin, les aspects sensorimoteurs de la sphère orofaciale pourront aussi être évalués. Selon l'âge et le niveau de communication du patient adressé pour évaluation, les conditions d'examen ainsi que les domaines évalués seront différents.

Pour comprendre l'importance du bilan orthophonique dans la démarche diagnostique et de prise en charge, il semble primordial de revenir sur la sémiologie langagière et communicationnelle de la personne autiste. « Les troubles sont plus ou moins étendus et intenses à l'intérieur de chacun des grands domaines comportementaux définissant le diagnostic. [...] Les troubles du langage vont du mutisme complet à un langage abondant et correct au plan lexical et syntaxique, mais avec de nombreuses anomalies dans son usage communicatif » (Plumet, 2014).

3.3. Sémiologie langagière et communicationnelle

«Le langage est une partie essentielle de nos vies. Nous nous servons de cet outil social pour échanger du savoir et des concepts». (Delage & Durrleman, 2015)

Dans leur ouvrage, Delage & Durrleman reprennent le modèle de communication de Bloom et Lahay et distinguent ainsi trois parties du langage : le **contenu**, c'est à dire, le sens. Celui-ci regroupe les aspects lexico-sémantiques du langage. La **forme**, c'est à dire l'agencement des mots et des phrases. Celle-ci englobe les aspects phonologiques, morphosyntaxiques et discursifs. L'**usage** : c'est à dire l'ensemble des règles tacites qui gouvernent la transmission du message. Celui-ci englobe donc principalement les aspects pragmatiques du langage, nécessaires à l'interaction sociale.

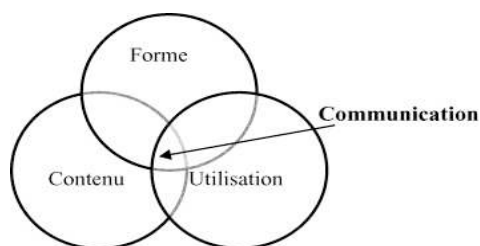


Fig.1 Bloom et Lahay (1978)

La description sémiologique qui suit restera générale et non exhaustive du fait de l'extrême hétérogénéité des situations et des présentations du spectre. En effet, « une partie de la population TSA n'acquiert jamais un langage fonctionnel, tandis qu'une autre a un excellent niveau de langage » (Delage & Durrleman, 2015).

Signes précoces : certains signes peuvent être très précoces et apparaître dès la première année. Selon la HAS (HAS, 2018), les signes d'alerte précoces sont : une absence de babillage, de pointage ou autre geste social à 12 mois ; une absence de mots à 18 mois ; une absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois. Vers 18 mois, il est également possible d'observer d'autres difficultés au niveau socio-relationnel (attention et réciprocité sociale, réponse au prénom), du langage réceptif (compréhension de consignes simples), ou encore du jeu (socio-imitatif et symbolique). Enfin, il existe des « signes non spécifiquement socio-relationnels » (Plumet, 2014) tels que : l'alimentation, le sommeil, la régulation émotionnelle, le développement moteur et postural, la sphère sensorielle etc. Tous ces signes doivent être recherchés mais ne sont pas toujours spécifiques à l'autisme, ce qui complique le diagnostic à un âge précoce. Lorsque l'enfant consulte après 3 ans, la recherche de signes précoces est menée par une étude rétrospective en utilisant des questionnaires ou films parentaux (Plumet, 2014).

Pour les enfants plus âgés ou avec des troubles moins sévères, il est possible de proposer un bilan plus formel (Sanchez, 2011). Les domaines qui seront évalués sont répertoriés à partir de données générales sur l'évaluation orthophonique (Coquet, 2013) et plus spécifiques sur l'évaluation de l'autisme (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Ainsi, l'orthophoniste évaluera :

Le **langage oral formel** sur les deux versants (réceptif et expressif) et dans les différents domaines : phonologique, lexical, morphosyntaxique, discursif. L'évaluation doit se faire en situation de test et en langage spontané. Une analyse qualitative permet de compléter l'évaluation formelle et de rechercher des particularités dans chaque domaine.

Sur le plan lexical, le développement sémantique est souvent retardé dans l'autisme. Il est possible de faire le lien avec d'autres difficultés précoces telles que les capacités d'attention conjointe, fortement impliquées dans les apprentissages lexicaux. On pourra retrouver des particularités telles que : des mots inventés, des néologismes, ou encore des écholalies (Wilkinson, 1998). On notera tout de même que ces atypies peuvent se retrouver dans les étapes du développement typique, mais qu'elles sont distinctives dans l'autisme par leur fréquence et leur persistance (Tager-Flusberg, 2000; Wilkinson, 1998). Enfin, il existe des variations importantes au niveau lexical entre les personnes autistes, même parmi celles qui acquièrent un langage fonctionnel. L'évaluation du lexique ne visera donc pas qu'à obtenir la quantité du stock lexical aux tests de vocabulaire (celui-ci pouvant être normal). On observera également le langage en spontané qui peut s'avérer moins complexe et retardé par rapport au développement typique (Delage & Durrleman, 2015), ou encore empreint de certaines particularités. De manière générale on observera dans notre évaluation : l'utilisation de la sémantique et le choix des mots (idiosyncrasies, néologismes ou catégories sur ou sous représentées) ; la présence ou absence d'écholalies et de persévérations ; l'analyse de l'image dans les tests ; une différence entre le lexique actif et passif ; le registre de langue ; une rigidité de l'association entre le mot et son référent.

Sur les plans morphosyntaxique et discursif : Il existerait souvent un retard de parole et de langage. Quand celui-ci se développe, on retrouverait des similarités avec des profils de développement typique (Tager-Flusberg, 2000) et les déficits syntaxiques ne seraient pas spécifiques par rapport à d'autres pathologies développementales (Wilkinson, 1998). Cependant, certaines caractéristiques seraient plus saillantes chez les personnes autistes, à savoir : les difficultés d'emploi des pronoms avec une tendance à l'inversion (ex. « tu » pour « je »), des énoncés écholaliques, et d'autres aspects davantage liés au domaine pragmatique, comme le maintien du thème ou l'informativité (Wilkinson, 1998). Enfin, il existerait des difficultés dans les constructions syntaxiques plus complexes et longues sur les deux versants. A contrario, les autistes de haut niveau peuvent employer une syntaxe complexe voire précieuse avec un important souci de prononciation (Plumet, 2014). Ainsi, on a longtemps considéré que chez les patients TSA verbaux de haut niveau, les capacités syntaxiques et sémantiques étaient largement préservées par rapport à la pragmatique (Delage & Durrleman, 2015). Cependant, on sait aujourd'hui qu'il existe des particularités sous-estimées en regard d'autres domaines plus massivement altérés. Les tests utilisés s'appuyant principalement sur des énoncés isolés et non introduits dans des conversations plus naturelles (Plumet, 2014), les évaluations ne permettent donc pas toujours de mettre en lumière de déficit syntaxique. Il semble pourtant nécessaire d'étudier finement ces aspects syntaxiques dans lesquels certaines habiletés seraient tout de même altérées (Plumet, 2014).

Les aspects phonologiques : si on compare les différents domaines du langage, on constate que sur les deux versants, les aspects phonologiques ou syntaxiques sont souvent moins gravement affectés chez les enfants autistes que les aspects sémantiques et pragmatiques (Plumet, 2014). On notera que les fondements de la phonologie et de la prosodie sont soutenus par le babillage lors de la première année de vie (Wilkinson, 1998) et que celui-ci peut présenter des particularités. Plus tardivement, il serait possible d'observer des déformations davantage liées à des particularités sémantiques qu'à des difficultés articulatoires : des jargons avec néologismes, des idiosyncrasies etc. (Plumet, 2014). « Certains auteurs ont noté que la pauvreté phonologique de la parole spontanée contrastait avec la qualité des propos écholaliques » (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Comme

dans les autres domaines, il existe une très grande hétérogénéité des performances et les études sur le sujet sont contradictoires. Certains affirment donc que la prosodie et/ou la phonologie de l'enfant autiste seraient déviantes dès le babillage (Sheinkopf, Mundy, Oller, & Steffens, 2000). Mais la plupart des études s'accordent à dire que les habiletés phonologiques peuvent être préservées voire précoces ou à l'inverse être altérées, allant du retard de parole classique, à une atteinte plus sévère (trouble phonologique).

Les aspects pragmatiques : si l'atteinte des aspects formels du langage peut être variable, l'utilisation du langage dans un contexte social est toujours altérée (Delage & Durrleman, 2015). Les difficultés concerneront : les habiletés conversationnelles (tours de parole, règles conversationnelles, stratégies de retour, adaptation aux contextes et à l'interlocuteur etc.), l'utilisation du langage dans un but communicationnel (fonctions du langage), ou encore les aspects non verbaux accompagnant la communication (gestes, mimiques, regard, émotions), souvent peu coordonnés avec la parole voire absents (Delage & Durrleman, 2015). D'un point de vue plus linguistique, sur le versant réceptif, les difficultés pourront concerner la compréhension du langage métaphorique et imagé, de l'humour et du second degré, ou encore des émotions. Sur le versant expressif, l'atteinte pragmatique peut se manifester par la présence d'écholalies, d'idiosyncrasies, de néologismes, un registre de langue particulier et des difficultés d'ajustement social et émotionnel. Enfin, au niveau supra-segmental, la prosodie est souvent altérée et peut être qualifiée de mécanique, nasale et saccadée (Delage & Durrleman, 2015). En somme les troubles concernent l'utilisation fonctionnelle du langage, adaptée au contexte et à l'interlocuteur. L'évaluation de la pragmatique dans le bilan orthophonique est donc essentielle et peut se faire par le biais : d'observations en conversation spontanée, de mises en situation, de tests standardisés et de questionnaires.

Le langage écrit : On retrouve souvent une appétence pour le langage écrit, qui s'avère être un domaine plus stable et prévisible que le langage oral. Les capacités en reconnaissance de mots sont à mettre en lien avec le traitement de l'information et les fonctions exécutives. Cependant, on retrouve souvent des difficultés en compréhension, que l'on peut aisément relier aux difficultés cognitives et exécutives énoncées ci-après (cohérence centrale, concrétude). La demande d'évaluation du langage écrit n'est pas systématique mais reste importante tant pour le diagnostic que pour préciser le projet thérapeutique de la personne.

Les particularités sensorimotrices de la sphère orale : Les aspects sensoriels sont aujourd'hui le sujet de nombreuses études. Cependant, les particularités de la sphère orale ne sont pas toujours décrites dans l'autisme. On sait pourtant que cette sphère peut être touchée et atteindre par conséquent les compétences qui lui sont attribuées : la parole et l'alimentation. Au niveau moteur et praxique, on observera en orthophonie la capacité à imiter des mouvements bucco-linguo-faciaux par le biais d'épreuves. Ces capacités d'imitation seront souvent, soit trop faibles soit trop importantes et pourront aller jusqu'à des mouvements envahissants en échos (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Au niveau sensoriel, on pourra retrouver des difficultés d'intégration de l'information sensorielle, se traduisant par une hyper ou une hypo sensibilité de la sphère orale. Lors de l'évaluation orthophonique, ces aspects pourront être recherchés en utilisant des grilles d'observation, des questionnaires parentaux, ou plus directement par un examen clinique de la sphère orale ou une observation sur un temps de repas.

3.4. Particularités du fonctionnement cognitif et impact sur

l'évaluation

La description qui suit se base principalement sur les théories cognitives explicatives de l'autisme qui sont dominantes actuellement, à savoir : les théories perceptives (la faiblesse de cohérence centrale et le « surfonctionnement » perceptif), l'hypothèse de défaut de théorie de l'esprit et l'hypothèse de dysfonctionnement exécutif (Marcaggi, Bon, Eustache, & Guillery-Girard, 2010). Rappelons qu'il existe des interconnexions entre ces processus cognitifs, et que cela aura une implication dans la sévérité de la symptomatologie (Tager-Flusberg & Joseph, 2004). Le but de cette partie sera de développer les aspects pouvant avoir un impact sur l'évaluation orthophonique.

Fonctions exécutives : « Un dysfonctionnement exécutif a des conséquences cognitives, comportementales et affectives majeures » (Marcaggi et al., 2010). L'hypothèse dysexécutive de l'autisme énoncée par Ozonoff et ses collègues dans les années 90 permettrait de comprendre l'intrication entre ces fonctions et certains symptômes de l'autisme. Ainsi, selon cette hypothèse : les difficultés d'inhibition seraient en lien avec les comportements répétitifs stéréotypés et les persévérations, le manque de flexibilité mentale avec l'immuabilité et la rigidité de pensée, les défauts de planification avec les capacités d'apprentissage et l'autonomie (Marcaggi et al., 2010). Nous pouvons par conséquent imaginer l'impact de ces particularités sur les performances en situation d'évaluation. A titre d'exemple, on pourrait retrouver des difficultés : dans l'initiation et l'organisation d'une tâche ou la gestion d'une double tâche ; dans l'inhibition de réponses (persévérations) ou d'actions (stéréotypies) ; dans la capacité à choisir entre plusieurs réponses, à interrompre ou changer d'activité etc.

Défaut de théorie de l'esprit : la théorie de l'esprit est la capacité à attribuer des états mentaux (désirs, intentions, croyances, émotions) aux autres et à soi-même. Elle se développe vers 4 ans (1^{er} niveau) et jusqu'à 7-8 ans (2^{ème} niveau). Son développement est sous-tendu par les capacités précoces d'attention conjointe. La théorie de l'esprit est à la base des premières acquisitions langagières et permet l'utilisation du langage dans un but communicatif. En effet, être locuteur compétent nécessite la capacité à attribuer des intentions communicatives, des croyances et des connaissances à l'interlocuteur afin de comprendre le sens de ses productions et de pouvoir s'adapter (Veneziano, 2010). Cet aspect est cependant perturbé chez les personnes autistes. Un défaut de théorie de l'esprit peut donc être à la base de difficultés : à comprendre des énoncés (interprétation, prédictions, anticipations) et des phrases (compréhension écrite), à accéder à la signification de nouveaux mots, à utiliser pragmatiquement le langage (régulation des interactions), à décoder ses propres états mentaux (émotions, sensations).

Fonctionnement perceptif : on retrouve dans l'autisme des perturbations du traitement perceptif et de l'intégration des informations sensorielles, qu'elles soient auditives, visuelles, tactiles, olfactives, gustatives ou proprioceptives. Ce traitement peut aller de l'hypo à l'hyperfonctionnement (Mottron, 2006). Mottron parle également de « surfonctionnement perceptif », puisque l'on retrouve souvent une supériorité perceptive d'un ou plusieurs sens. Si ce « surfonctionnement » peut parfois être qualifié d'exceptionnel, il peut aussi limiter les capacités d'adaptation, d'inclusion et d'apprentissage. En orthophonie plus particulièrement, cela pourrait engendrer des difficultés : à traiter les informations

langagières et acoustiques (intonations, réponses aux interpellations), à se concentrer (sensibilité aux bruits), ou à s'alimenter (oralité alimentaire).

Le surfonctionnement perceptif recoupe d'autres théories : Peter Vermeulen parle également de **manque de pensée cohérente**, selon la théorie du déficit de cohérence centrale d'Uta Frith. La capacité des personnes autistes à créer de la cohésion est limitée et peut donner lieu à un traitement et une analyse des situations par les détails (Vermeulen, 2005). Cette capacité est pourtant essentielle pour donner un sens aux différents contextes, en comprendre les nuances et les diversités, analyser les images, ou encore trier les informations pour ne garder que les plus pertinentes. Lors de l'évaluation orthophonique, un manque de cohérence centrale pourrait entraîner des difficultés : à accéder à une expression et une compréhension lexicale et morphosyntaxique satisfaisantes (ex. analyse des images à l'oral et des textes à l'écrit) ou encore à adopter des comportements de récit cohérents. On pourrait notamment observer des difficultés d'abstractions et une rigidité dans les épreuves lexicales et pragmatiques (synonymie, homonymie, polysémie, compréhension de l'humour).

3.5. Spécificité de l'évaluation

L'HAS recommande des examens systématiques pour l'évaluation du développement et souligne qu'ils doivent être réalisés en adaptant les procédures ou tests non spécifiques à l'autisme.

Il n'existe pas à ce jour d'évaluation orthophonique standardisée. Même s'il semble difficile d'envisager une réelle standardisation des épreuves avec la personne autiste et bien que l'évaluation ne puisse être uniquement quantitative, il reste important de pouvoir objectiver certaines particularités, tant pour le diagnostic que pour le projet thérapeutique à venir. La majorité des tests ou épreuves orthophoniques utilisés n'ont pas été normalisés et validés spécifiquement pour l'évaluation des TSA. Ils ne sont dès lors pas toujours sensibles, spécifiques, donc adaptés à cette population. Ainsi, « l'adaptation (contexte de passation, présentation des épreuves, interprétation des résultats) des procédures ou des tests habituellement utilisés pour les enfants au développement typique est nécessaire en fonction des particularités comportementales (Grade D) » (Bursztejn et al., 2005). En plus des adaptations liées aux tests, les conditions de réalisation du bilan orthophonique devront être contrôlées et adaptées : par exemple, « la pièce doit être claire et les stimuli visuels et auditifs limités » (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

3.6. Outils disponibles pour l'évaluation

A ce jour, les orthophonistes disposent de nombreux outils mais se voient souvent contraints de sélectionner parmi ces derniers les épreuves les plus adaptées à l'exploration des critères recherchés. Nous noterons qu'un bilan orthophonique ne peut se passer d'observations qualitatives dans différents contextes lorsque cela est possible. Nous ne citerons pas tous les tests existants mais nous aborderons dans la partie pratique les tests les plus utilisés.

Pour l'évaluation de la **communication non verbale**, il existe des grilles et questionnaires. Celles-ci peuvent être à destination des parents (ex. la grille de Schuler) ou servir de base à l'observation orthophonique en proposant des situations de jeux semi-structurées (ex. la grille de Wetherby). Certaines batteries orthophoniques proposent également des épreuves permettant d'évaluer ces aspects (ex. EVALO 2-6).

Pour l'évaluation des **aspects formels du langage**, de nombreuses batteries sont disponibles afin d'évaluer les différents domaines (phonologie, lexicque, morphosyntaxe, récit) sur les deux versants (expressif et réceptif). Ainsi, il est possible d'utiliser des batteries standards de langage oral (ex. N-EEL, PELEA, EVALO). Mais il existe également des tests spécifiques à l'évaluation d'un seul domaine (ex. L'EVIP pour le lexicque en réception ; L'ECOSSE pour la morphosyntaxe en réception). Enfin, les orthophonistes disposent également de tests neurologiques étudiant différents aspects du langage et de la communication de l'adulte ou l'adolescent (ex. TLE).

L'évaluation des **compétences pragmatiques** est proposée dans différentes batteries (ex. EVALO), mais peut aussi s'appuyer sur des outils plus spécifiques à ce domaine. Les orthophonistes ont à leur disposition des questionnaires parentaux (ex. CCC) ou des tests évaluant tantôt des aspects plus fonctionnels (ex. Schulman) tantôt des aspects plus linguistiques de la pragmatique (ex. Gestion de l'implicite).

Enfin, il existe des outils spécifiquement créés pour l'évaluation des TSA, mais pas spécifiquement orthophoniques, tel que le COMVOOR qui permet d'obtenir un niveau de conceptualisation chez les enfants et adultes non verbaux.

4. Buts et hypothèses

Cette première partie nous a permis de cerner les enjeux d'un dépistage et d'un diagnostic précoce mais aussi d'en saisir la complexité. Nous comprenons aussi la volonté des derniers plans autisme de créer une stratégie de suivis mieux coordonnés entre tous les acteurs (Triptyque) et de mailler les interventions. Nous avons vu que l'orthophoniste est un acteur essentiel dans la démarche diagnostique pluridisciplinaire et qu'il est désormais de plus en plus impliqué notamment dans les missions de dépistage (1^{ère} ligne). S'il paraît essentiel de disposer d'une expertise clinique suffisante du domaine pour contribuer à la pose d'un diagnostic, il semble également nécessaire, même dans le cadre d'un dépistage, d'utiliser les outils disponibles en étant avisé de leurs qualités (validité, sensibilité, spécificité). En l'absence de recommandations claires sur les outils orthophoniques à utiliser pour l'évaluation, il paraissait essentiel de faire un état des lieux des pratiques et outils utilisés actuellement par les orthophonistes. De plus, au vu de tous les éléments sémiologiques développés précédemment, nous pouvons mesurer l'importance de l'évaluation orthophonique mais aussi ses spécificités avec les TSA. On notera que les conditions standardisées de passation « sont souvent mises à mal du fait des manifestations comportementales des enfants autistes » (Coudougnan, 2012) et qu'il devient alors nécessaire d'adapter et de structurer l'évaluation. L'un des objectifs de notre étude sera donc de connaître les difficultés rencontrées par les orthophonistes lors de la passation de certains tests ainsi que les adaptations qu'ils peuvent être amenés à faire. Pour certaines épreuves, les spécificités connues de l'autisme peuvent en effet être envisagées comme des freins à l'évaluation.

4.1. Recensement des outils utilisés par les orthophonistes

Nous partons du constat qu'il n'existe à ce jour pas d'outils orthophoniques spécifiques à l'évaluation des TSA. L'étude a pour objectif, dans un premier temps, de recenser les outils utilisés dans le cadre d'une évaluation diagnostique. Il ne s'agit en aucun cas de tirer de ces

informations des recommandations figées, mais plutôt d'améliorer le dialogue entre les professionnels et permettre aux acteurs des centres de diagnostic d'avoir une démarche réflexive sur le fonctionnement de leur structure et le déroulement de l'évaluation.

En outre, les interventions de dépistage et de diagnostic étant désormais réparties régionalement entre de nombreux acteurs, les orthophonistes libérales et les établissements de seconde ligne sont aujourd'hui de plus en plus impliqués dans la démarche diagnostique. C'est pourquoi un autre objectif de l'étude serait d'être en mesure d'établir des lignes directrices pour l'évaluation des TSA à destination de ces professionnels. En effet, l'étude permettra d'obtenir un panel d'informations sur les outils et les pratiques suffisamment larges et riches pour pouvoir en extraire des éléments pertinents et sensibles pour l'évaluation des TSA.

4.2. Démarche d'évaluation : déroulement, limites, adaptations, manques

Au-delà du recensement, la recherche sera approfondie par une analyse qualitative sur les pratiques d'évaluation de manière plus générale : le déroulement de l'évaluation, l'utilisation des outils avec leurs avantages ou leurs lacunes, les difficultés diagnostiques rencontrées et les domaines concernés. Elle s'appuiera sur l'expérience et les observations cliniques d'orthophonistes spécialisés dans l'autisme. L'analyse a donc aussi pour ambition de mettre en lumière les manques éventuels compte tenu de la diversité des tableaux cliniques et des niveaux de développement des personnes reçues en évaluation.

Méthode

En gardant à l'esprit l'objectif à long terme de l'étude, à savoir celui d'harmoniser les pratiques orthophoniques dans l'évaluation de l'autisme, l'étude vise à recenser les outils utilisés à ce jour par les orthophonistes et à obtenir des informations sur les différentes formes que peuvent prendre leurs évaluations.

Nous avons choisi d'interroger des orthophonistes exerçant dans les établissements d'évaluation diagnostique, principalement les CRA. Une liste avec les contacts de ces établissements avait été établie auparavant à l'aide des bases de données du CRA Nord-Pas-de-Calais et du site de l'ANCRA (Association Nationale des Centres Ressources Autisme).

Dans un premier temps, une lettre d'information présentant l'étude (cf annexe 1) était envoyée par e-mail aux orthophonistes afin de solliciter leur participation et de les impliquer dans la démarche de recherche. Lorsqu'un orthophoniste répondait, il recevait en suivant un nouveau mail « type » lui communiquant le guide d'entretien (cf annexe 2) afin qu'il puisse se préparer à l'entretien. Compte tenu des particularités de l'évaluation avec la personne autiste, l'envoi d'un questionnaire informatisé semblait trop restrictif et n'aurait pas permis d'obtenir toutes les informations souhaitées afin que l'étude ne soit pas uniquement un recensement d'outils mais puisse aussi donner des informations qualitatives. C'est pourquoi les données étaient recueillies lors d'entretiens semi-directifs par téléphone d'environ 45 minutes, tous menés à l'aide d'un même guide d'entretien établi au préalable.

Le guide d'entretien avait été construit de façon à ce qu'il y ait une cohérence dans la succession des réponses et que celles-ci puissent emmener une réflexion. Il a donc été construit par « blocs » qui contenaient : des questions d'ordre général comme le déroulement des évaluations dans la structure ou les domaines évalués ; des questions sur les outils utilisés

par profils « types » selon l'âge et le niveau communication (verbal/non verbal), mais aussi par domaines ; des questions sur la structuration des évaluations (environnement, temporalité) ; des questions sur les adaptations éventuelles apportées aux outils ; des questions sur d'éventuels manques constatés ou difficultés rencontrées dans l'établissement du diagnostic avec les outils aujourd'hui disponibles ; des questions personnelles sur l'appréciation et dépréciation de certains outils (avis sur les tâches les plus sensibles et pertinentes).

Les données étaient par la suite traitées avec un tableur pour l'analyse quantitative. L'analyse qualitative était menée grâce à une retranscription des données et faits relatés durant les entretiens.

Résultats

Les données recueillies lors des entretiens ont permis une première analyse quantitative : nombre de participants, pourcentage de réponses sur les outils utilisés etc.

Nous utiliserons par la suite les données qualitatives afin de tenter de répondre aux questions que soulève cette étude et d'obtenir de plus amples informations sur l'évaluation orthophonique des TSA (spécificités, manques et adaptations).

1. Population et informations générales

Au total, 17 orthophonistes ont participé (cf annexe 3). Tous les orthophonistes travaillaient dans un CRA ou une structure conventionnée avec celui-ci. Les régions finalement concernées par l'enquête sont : Ile de France (n=3), Hauts de France (n=3), Aquitaine (n=2), Grand Est (n=3), Auvergne Rhône Alpes (n=2), Midi-Pyrénées Languedoc Roussillon (n=3), Bourgogne Franche Comté (n=1).

1.1. Population accueillie par les orthophonistes interrogés

	Nourrissons/0-2 ans	Enfants sans langage	Adolescents/adultes sans langage	Enfants avec langage	Adolescents/adultes avec langage
Nombre d'orthophonistes	n=6	n=14	n=9	n=15	n=13

Tableau 1. Population accueillie

1.2. Déroulement général de l'évaluation

Le nombre d'heures dédiées à l'évaluation variait fortement d'une structure à une autre et était dépendant de son fonctionnement (ex. consultation classique ou hôpital de jour). Ainsi, certains orthophonistes disposaient d'une séance de 1 à 3h, d'autres disposaient de deux à trois séances. Le nombre de consultations ainsi que leurs durées étaient souvent corrélés au niveau de fatigabilité du patient ainsi qu'à son niveau de langage. Pour deux orthophonistes, il était nécessaire de disposer de deux séances d'évaluation afin de faire dans un premier temps une observation de la communication non verbale qui permet d'ajuster, dans un second temps, l'évaluation formelle du langage (ex. ajustement au niveau des outils utilisés, des adaptations à apporter etc.).

	Nombre d'orthophonistes		
	Toujours	Parfois	Jamais
<i>Dispose d'un environnement en accord avec les recommandations</i>	10	7 (Présence régulière de stimuli auditifs)	0
<i>Salle dédiée à l'évaluation</i>	15	0	2 (Equipes mobiles)
<i>Bilans conjoints</i>	0	16	1
<i>Bilans filmés</i>	8	8	1

Tableau 2. Données générales sur l'évaluation

Concernant *l'environnement* (cf tableau 2), certains orthophonistes proposaient parfois un aménagement particulier de la salle d'évaluation avec des aides visuelles à disposition des patients (ex. emploi du temps visuel, pictogrammes), ou encore des renforçateurs (ex. alimentaire).

Les bilans conjoints (cf tableau 2) étaient la plupart du temps non systématiques : certains orthophonistes évoquaient la possibilité d'effectuer des bilans groupés avec un autre professionnel pour des jeunes patients, des patients fatigables, ou lorsque la question de la mise en place d'une communication alternative se posait. On notera toutefois que dans certaines situations, et en particulier pour l'évaluation des nourrissons, la consultation devenait nécessairement pluridisciplinaire.

1.3. Anamnèse orthophonique

6/17 orthophonistes proposaient une anamnèse spécifique au langage et à la communication. Cependant, celle-ci n'était pas systématique et venait compléter l'anamnèse déjà effectuée par le médecin lorsque cela était nécessaire. Elle visait alors des questions plus ciblées sur : les compétences langagières et communicationnelles, parfois à l'aide de questionnaires issus de tests orthophoniques (ex. EVALO) ; le suivi orthophonique ; la scolarisation. Pour certains, il s'agissait d'un temps essentiel laissant place à des questions ciblées et spécifiquement orthophoniques (ex. oralité ; diagnostic différentiel TSLO).

1.4. Domaines évalués et choix du matériel

Domaine évalué	Fréquence	Nombre d'orthophonistes		
		Systématique	Non systématique	Jamais
<i>Communication non verbale</i>		17	0	0
<i>Pragmatique</i>		15	2	0
<i>Langage oral formel</i>		15	2	0
<i>Langage écrit</i>		3	11	3
<i>Oralité</i>		5	8	4
<i>Cognition mathématique</i>		0	3	14
<i>Interaction parents enfants</i>		3	0	14

Tableau 3. Domaines évalués

Certains domaines faisaient l'objet d'une évaluation systématique ou quasi-systématique tandis que d'autres comme le langage écrit pouvaient être l'apanage d'autres

professionnels (ex. instituteur spécialisé) ou ne se faire qu'en réponse à une demande spécifique (ex. très jeune enfant déjà lecteur ; déficience intellectuelle importante).

D'autres domaines d'évaluation pouvaient être rapportés tels que :

- Le *niveau de représentation* pour les personnes sans langage (souvent évalués avec le COMVOOR)
- La *théorie de l'esprit et la gestion des émotions*
- La *communication alternative (CAA)*
- La *capacité à faire des demandes*

Enfin, le choix du matériel d'évaluation était principalement guidé par la lecture du dossier médical et/ou par les informations obtenues durant une réunion de présentation du patient.

2. Recensement des outils d'évaluation

Les données ont été regroupées par « blocs ». Les deux premiers blocs concernent des domaines communs et indépendants de l'âge ou du niveau intellectuel du patient. Le suivant concerne les patients sans langage, enfants et adultes. Tous les autres sont basés sur les âges chronologiques des patients. La plupart du temps, les orthophonistes utilisaient plusieurs outils d'évaluation pour un même domaine, ce qui explique que les sommes totales peuvent être supérieures au nombre d'orthophonistes (N>17).

2.1. Domaines généraux : communication non verbale et oralité

Tous les orthophonistes interrogés évaluaient la *communication non verbale*. Quel que soit l'outil utilisé, l'observation clinique (directe ou par visionnage de la vidéo) prenait une part très importante pour évaluer ce domaine. Certains orthophonistes ne proposaient d'ailleurs qu'une observation clinique (n=3).

13/17 orthophonistes proposaient une évaluation de l'*oralité*. Celle-ci n'était pas systématique mais fortement dépendante de l'organisation de l'établissement. Les orthophonistes proposant ce type d'évaluation bénéficiaient la plupart d'un temps de repas avec le patient pour pouvoir observer son comportement alimentaire. Une attention particulière était portée à certains éléments comme par exemple: les reflux chez les personnes sans langage, l'observation d'une sélectivité, la capacité à mélanger les aliments, la capacité à faire des demandes pendant les repas etc.

Domaine	Outil/test utilisé
<i>Communication non verbale</i> (n=17)	ECSP (n=5) ; SOSCOM (n=4) ; grille de WETHERBY (n=4) ; CELF (n=2) ; EVALO BB (n=2) ; OEP (n=2) ; PLS 5 (n=1) ; PTP (n=1) ; EVALO 2-6 (n=1), TOPL (n=1) ; VBMAP (n=1) ; QMCV (n=1) ; LCLP (n=1) ; CCC (n=1) ; grille MAKATON (n=1). Autres - Observations cliniques uniquement (n=3) - Grilles fabriquées (n=2)
<i>Oralité</i> (n=13)	Profil sensoriel de DUNN (n=1) ; Grille d'évaluation de D. CRUNELLE (n=1) ; EVALO BB (n=1) Autres - Observation sur un temps de repas (n=10) - Grille d'évaluation fabriquée (n=1) - Praxies bucco-faciales (n=1)

	- Exploration buccale (n=1) - Questionnaires parentaux (n=4)
--	---

Tableau 4. Evaluation domaines généraux : communication non verbale et oralité

2.2. Evaluation des nourrissons (0-2 ans)

6/16 orthophonistes participaient à l'évaluation des très jeunes enfants. Les bilans se faisaient conjointement à d'autres professionnels tels que les psychologues, et principalement par le biais d'observations. Les outils utilisés servaient principalement de trame à l'évaluation qui portait sur les pré-requis à la communication (ex. babillage, imitation), la communication non verbale et les interactions parent-enfant.

Parmi les outils utilisés pour guider ces observations, on relevait : L'ECSP (n=3) ; Le REYNELL (n=1) ; L'OEP (n=1) ; Les échelles relationnelles mère-enfant (n=1) ; L'échelle de retrait relationnel de l'ADBB (n=1) ; La BECS (n=1), qui est un outil d'évaluation psychologique.

Trois orthophonistes utilisaient également des questionnaires à destination des parents : L'IFDC et l'EVALO BB.

2.3. Evaluation des personnes sans langage

Pour l'évaluation des personnes sans langage, les outils utilisés étaient rarement choisis en fonction de l'âge chronologique pour lequel ils ont été créés ou pour leurs qualités normatives. Le choix des outils était tributaire du niveau intellectuel du patient. Lorsque le niveau du patient ne permettait pas l'utilisation de tests standardisés, les orthophonistes proposaient une évaluation du langage réceptif par le biais de consignes simples autour d'une situation (ex. jeu, appariements objets/images) et s'appuyaient essentiellement sur leurs observations. Nous noterons enfin que le domaine de l'oralité était évalué de façon beaucoup plus fréquente que pour d'autres patients.

2.3.1. Evaluation des enfants sans langage

15/17 orthophonistes recevaient des enfants sans langage en évaluation.

Domaine	Outil/test utilisé
<i>Communication (n=15)</i>	COMVOOR (n=8) ; WETHERBY (n=7) ; EVALO 2-6 (n=5) ; EVALO BB (n=2) ; DIALOGORIS (n=2) ; BEPL (n=1) ; PLS 5 (n=1) ; NELLY-CAROLE (n=1) ; PEP (n=2) → appariements objet/image, dénomination (bons niveaux) <i>Autres</i> - Situations de jeu : intégrées dans un test (<i>ADOS module Toddler ou 1</i>), ou indépendantes d'un test (ex. <i>Puzzle avec un pièce manquante</i>) - Checklist de l'outil « DENVER ». - Essais pour une communication augmentative ou alternative (CAA) → ex. <i>PECS et/ou MAKATON et/ou une structuration visuelle.</i>
<i>Langage oral réceptif (lexique, morphosyntaxe) (n=15)</i>	ELO (n=5) ; EVALO (n=5) ; REYNELL (n=5) ; EXALANG (n=4) ; KIKOU 3-8 (n=4) ; EVIP (n=2) ; BILO petit (n=2) ; PEP (n=2) ; ECOSSE (n=1) ; PLS 5 (n=1) ; N-EEL (n=1) ; EDA (n=1) ; CELF (n=1).

Tableau 5. Evaluation des enfants sans langage

12/15 orthophonistes proposaient également des questionnaires aux parents pour les plus jeunes ou pour les personnes déficientes. Les questionnaires les plus fréquemment utilisés étaient : EVALO (n=7) ; IFDC (n=4) ; IDE (n=3) ; Grille de SCHULER (n=3) ;

CHAT (n=1) ; CCC 2 (n=1) ; SRS (n=1) ; Echelle d'évaluation des habiletés de conversation sociale (n=1).

2.3.2. Evaluation des adolescents et adultes sans langage

9/17 orthophonistes interrogés proposaient ce type d'évaluation. On notera que les orthophonistes regroupaient dans cette catégorie des personnes ayant principalement un faible niveau voire une déficience intellectuelle. Seuls deux orthophonistes proposaient une évaluation du langage écrit.

Domaine	Outil/test utilisé
Communication (n=9)	COMVOOR (n=4) ; Grille de WETHERBY et PRUTTING (n=3) ; CELF (n=2) ; ECSP (n=2). <i>Autres</i> - Situations de jeu - Eléments du module 1 de l'ADOS - Observation et évaluation des pré-requis - Obtention d'un répertoire de demandes et de gestes - Observation des appariements possibles (<i>inspiré du COMVOOR</i>)
Langage oral réceptif (lexique, morphosyntaxe) (n=9)	ECOSSE (n=3) ; O52 (n=3) ; REYNELL (n=3) ; EVIP (n=3) ; l'EVALO (n=2) ; ELO (n=2) ; CELF (n=2) ; EDA (n=1).
Langage écrit (n=2)	BELO (n=1) ; COMVOOR (n=1) ; LMC-R (n=1) ; EXALANG (n=1).

Tableau 6. Evaluation des adolescents et adultes sans langage

2.4. Evaluation des personnes avec langage

2.4.1. Evaluation des jeunes enfants (2-6 ans)

14/17 orthophonistes recevaient des patients âgés entre de 2 et 6 ans.

Domaine	Outil/test utilisé
Pragmatique (n=14)	SCHULMAN (n=7) ; EVALO (n=6) ; la CCC (n=4) ; TOPS (n=4) ; PTP (n=2) ; Grille de WETHERBY (n=2) ; OEP (n=1) ; BEPL (n=1) ; EXALANG (n=1) ; Echelle d'évaluation des habiletés de conversation sociale (n=1). <i>Autres</i> - Grilles fabriquées (n=2) → grille permettant de guider les observations → grille conversationnelle contenant des « pièges » pragmatiques et permettant de relever différents axes de la pragmatique et les actes de communication. - Situation de jeu (n=1) - Raconter un dessin-animé (n=1) - ECSP (n=1). Normé jusqu'à 30 mois, utilisé afin de relever les actes de communication durant une conversation ou une épreuve de récit.
Langage oral réceptif (n=14)	<i>Batteries</i> : EVALO 2-6 (n=7) ; ELO (n=5) ; EXALANG (n=3) ; N-EEL (n=3) ; REYNELL (n=1). <i>Morphosyntaxe</i> : ECOSSE (n=4) ; O52 (n=2) ; KIKOU 3-8 (n=5)

	<p><i>Lexique</i> : EVIP (n=5) ; TVAP (n=1) <i>Phonologie</i> : ELDP (n=1) <i>Mémoire narrative et compréhension de récit</i> : NEPSY (n=1)</p>
<i>Langage oral expressif</i> (n=14)	<p><i>Batteries</i> : EVALO (n=6) ; ELO (n=4) ; N-EEL (n=4) ; EXALANG (n=3) ; REYNELL (n=2) ; CELF (n=1) ; L2MA (n=1). <i>Lexique</i> : TVAP (n=1) <i>Morphosyntaxe</i> : PEES 3-8 (n=4) ; TCG (n=2) <i>Phonologie</i> : NEPSY (n=1) → <i>répétition de pseudo-mots</i> <i>Récit</i> : FROG WHERE ARE YOU (n=1)</p>
<i>Praxies bucco-faciales</i> (n=6)	<p>EVALO (n=4) ; Grille de Hénin-Dulac (n=1) Autres Grille personnelle (n=1)</p>
<i>Théorie de l'esprit</i> (n=2)	SMARTIES ; SALLY et ANNE
<i>Gestion des émotions</i> (n=2)	<p>Autres Outil fabriqué (n=2) → <i>interprétation des émotions sur base de photos ou images.</i></p>

Tableau 7. Evaluation des 2-6 ans

2.4.2. Evaluation des enfants de 6 à 8 ans

13/17 orthophonistes recevaient des enfants de cette tranche d'âge en évaluation.

Domaine	Outil/test utilisé
<i>Pragmatique</i> (n=13)	<p>CCC (n=7), SCHULMAN (n=6) ; TOPS (n=4) ; TOPL (n=2) ; TLC (n=2) ; EVALO (n=2) ; EXALANG (n=1) ; PTP (n=1) ; LCLP (n=1).</p> <p>Autres - Temps d'accueil avec une conversation permettant une analyse qualitative des comportements pragmatiques (n=5) → ex. <i>Questions ouvertes</i> « <i>Qu'as-tu fait avant de venir me voir ? Qu'est-ce que tu aimes ?</i> ») - Situation inspirée d'un matériel de rééducation (n=1) → « <i>Appeler le docteur pour prendre un rendez-vous</i> ». - Raconter un dessin animé ou un film (n=1)</p>
<i>Langage oral réceptif</i> (n=13)	<p><i>Batteries</i> : ELO (n=4) ; EXALANG (n=3) ; N-EEL (n=1) ; EVALO (n=1) <i>Lexique</i> : EVIP (n=8) ; TVAP (n=1) <i>Morphosyntaxe</i> : ECOSSE (n=7) ; KIKOU 3-8 (n=5) <i>Phonologie</i> : ELDP (n=1) <i>Mémoire narrative et la compréhension de récit</i> : NEPSY (n=1)</p>
<i>Langage oral expressif</i> (n=13)	<p><i>Batteries</i> : N-EEL (n=6) ; ELO (n=4) ; L2MA (n=4) ; EXALANG (n=3) ; CELF (n=1). <i>Lexique</i> : TVAP (n=1) <i>Morphosyntaxe</i> : PEES 3-8 (n=4) ; TCG (n=3) <i>Phonologie</i> : NEPSY (n=1) → <i>répétition de pseudo-mots</i></p>
<i>Langage écrit</i> (n=9)	<p><i>Compréhension écrite</i> (n=8) avec les tests : BELO (n=2), LOBROT (n=1), ECOSSE (n=1), L2MA (n=2), LMC-R (n=3). <i>Orthographe</i> (n=6) avec les tests : EXALANG (n=1), LOBROT (n=1), BELO (n=4) <i>Lecture de mots ou de phrases</i> (n=6) avec les tests : EXALANG (n=1), LOBROT (n=1), L2MA (n=1), BELO (n=3), TLCP (n=1). <i>Leximétrie</i> (n=2) avec les tests : ALOUETTE (n=1) ; TLCP (n=1). <i>Graphisme</i> (n=2) avec le BHK (n=1) ou une production écrite spontanée (n=1).</p>
<i>Praxies bucco-faciales</i> (n=2)	Grille de Hénin Dulac (n=1)

	Autres Outil fabriqué (n=1)
<i>Logico-mathématique</i> (n=2)	UDN II (n=1) Autres Observation clinique (n=1)
<i>Théorie de l'esprit</i> (n=3)	SALLY ET ANNE ou SMARTIES
<i>Gestion des émotions</i> (n=3)	DANVA (n=1) Autres Outil fabriqué (n=2)

Tableau 8. Evaluation des 6-8 ans

2.4.3. Evaluation des enfants de 8 à 11 ans

13/17 orthophonistes recevaient des enfants de cette tranche d'âge.

Domaine	Outil/test utilisé
<i>Pragmatique</i> (n=13)	CCC (n=7) ; EXALANG (n=4), TOPS (n=4) ; TOPL (n=3) ; PTP (n=2) ; TLC (n=1) ; LCLP (n=1) ; AHC (n=1) Autres - SCHULMAN (n=2) pour des personnes avec un niveau inférieur et des difficultés plus importantes. - « L'esprit des autres » (Marc monfort) (n=1) → évaluation qualitative. - Evaluation qualitative à l'aide d'un livre sans texte (n=1) → conduites de récit, théorie de l'esprit, capacité à tenir compte du contexte etc... - Situation inspirée d'un matériel de rééducation (n=1) → « Appeler le docteur pour prendre un rendez-vous ». - Raconter un dessin animé ou un film (n=1) - ADOS (n=1)
<i>Langage oral réceptif</i> (n=13)	<i>Batteries</i> : EXALANG (n=3) ; L2MA (n=3) ; ELO (n=1) <i>Lexique</i> : EVIP (n=7) <i>Morphosyntaxe</i> : ECOSSE (n=9) ; TCS (n=2) <i>Phonologie</i> : ELDP (n=1) <i>Mémoire narrative et la compréhension de récit</i> : NEPSY (n=1)
<i>Langage oral expressif</i> (n=13)	<i>Batteries</i> : L2MA (n=8) ; EXALANG (n=4) ; ELO (n=2) ; N-EEL (n=2) ; EVAC (n=2) <i>Lexique</i> : DEN 48 (n=2) → dénomination et fluences. <i>Phonologie</i> : NEPSY (n=2) ; BALE (n=1) → épreuves de répétitions de mots ou de pseudo-mots.
<i>Langage écrit</i> (n=10)	<i>Batteries</i> : L2MA (n=4) ; EXALANG 8-11 (n=2) ; BALE (n=4) <i>Lecture de mots et compréhension de phrases</i> : LMC-R (n=2) <i>Leximétrie</i> : ALOUETTE (n=3) <i>Orthographe</i> : CHRONOSDICTEES (n=3) <i>Graphisme</i> : BHK (n=1) ; production spontanée (n=1) <i>Compréhension écrite</i> : FORME NOIRE (n=1)
<i>Praxies bucco-faciales</i> (n=1)	HENIN-DULAC
<i>Cognition mathématique et compétences logiques</i> (n=2)	UDN (n=1) EXALANG (n=2) → screening
<i>Théorie de l'esprit</i> (n=3)	SALLY et ANNE (n=3)

Gestion des émotions	DANVA (n=1) Autres Outils fabriqué (n=2)
----------------------	---

Tableau 9. Evaluation des 8-11 ans

Nous noterons que l'évaluation du langage écrit, des praxies bucco-faciales et des compétences mathématiques n'était pas toujours systématique.

2.4.4. Evaluation des adolescents entre 11 et 15 ans

11/17 orthophonistes proposaient des évaluations pour cette tranche d'âge.

Domaine	Outil/test utilisé
Pragmatique (n=11)	PELEA (n=11) ; CCC (n=5), TOPL (n=3) ; AHC (n=1), EXALANG (n=1) ; TCLP (n=1). Autres - Grille personnelle construite (n=1) - Auto-questionnaire construit (n=1) → <i>inspiré de la MEC.</i> - ADOS (n=1) → <i>situations proposées (ex. parler de ses amis, utiliser le téléphone)</i> - Version modifiée et adaptée du SCHULMAN (n=1). - Temps d'accueil avec une conversation permettant d'observer qualitativement des comportements pragmatiques (n=1) → <i>ex. Questions ouvertes « Qu'as-tu fait avant de venir me voir ? Qu'est-ce que tu aimes ? ».</i>
Langage élaboré (n=11)	PELEA (n=11)
Langage oral formel (n=11)	<i>Batteries</i> : EXALANG (n=3) ; TLOCC (n=3) ; ELO (n=1) ; BILO (n=1). <i>Langage oral réceptif</i> : EVIP (n=4) ; ECOSSE (n=2) ; TCS (n=1) ; CELF (n=1) → <i>épreuve de compréhension de paragraphe à l'oral.</i>
Langage écrit (n=8)	<i>Batteries</i> : EXALANG (n=2) ; LMC-R (n=1) <i>Leximétrie</i> : ALOUETTE (n=3) <i>Orthographe</i> : CHRONOSDICTEES (n=3) <i>Graphisme</i> : BHK (n=1) ; production spontanée (n=1) <i>Compréhension écrite</i> : VOL DU PC (n=4)
Théorie de l'esprit (n=1)	SALLY et ANNE (n=1)
Gestion des émotions (n=2)	DANVA (n=1) Autres Outil fabriqué (n=1)

Tableau 10. Evaluation des 11-15 ans

2.4.5. Evaluation des adolescents 15-18 ans

6/17 orthophonistes proposaient des évaluations pour cette tranche d'âge.

Domaine	Outil/test utilisé
Pragmatique (n=6)	PELEA (n=5) ; CCC (n=3) ; QMCV (n=2) ; GESTION DE L'IMPLICITE (n=2) ; AHC (n=1) ; LCLP (n=1) ; TOPL (n=1). Autres Situation d'évaluation non standardisée (n=1) → <i>commentaires sur situations absurdes</i>

	<i>ou des saynètes (ex. faire parler les personnages).</i>
<i>Langage élaboré (n=6)</i>	PELEA (n=5)
<i>Langage oral formel (n=6)</i>	EXALANG (n=2) ; TLOCC (n=2) ; EVIP (n=1) ; ECOSSE (n=1).
<i>Langage écrit (n=4)</i>	<i>Batteries</i> :ECLA (n=1) <i>Leximétrie</i> : ALOUETTE (n=1) <i>Orthographe</i> : CHRONOSDICTEES (n=1) <i>Compréhension écrite</i> : VOL DU PC (n=2) <i>Compréhension écrite et mécanismes de lecture</i> : EXALANG (n=1)
<i>Théorie de l'esprit (n=2)</i>	<i>Autres</i> Outil fabriqué (n=2)
<i>Gestion des émotions (n=2)</i>	DANVA (n=1) <i>Autres</i> Outil fabriqué (n=2)

Tableau 11. Evaluation des 15-18 ans

Nous noterons que les outils GESTION DE L'IMPLICITE et ECOSSE ne sont pas étalonnés pour cette tranche d'âge mais sont utilisés qualitativement.

L'évaluation langage écrit n'était pas toujours systématique.

2.4.6. Evaluation des adultes (>18 ans)

6/17 orthophonistes intervenaient auprès de patients appartenant à cette tranche d'âge.

Domaine	Outil/test utilisé
<i>Pragmatique (n=6)</i>	PELEA (n=3) ; QMCV (n=3) ; CCC (n=2) ; GESTION DE L'IMPLICITE (n=2) ; la MEC (n=2) ; AHC (n=1) ; TLE (n=1) ; FAUX PAS (n=1) ; TOPS (n=1). <i>Autres</i> Evaluation clinique avec mises en situation faisant intervenir des compétences pragmatiques (n=1) <u><i>Personnes avec déficience</i></u> TLC1 (n=1), le SCHULMAN (n=1), le TOPS (n=1), le SOSCOM (n=1) <i>Autres</i> « 300 exercices de compréhension d'inférences », outil de rééducation (Boutard, C., Brouard, E., 2003).
<i>Langage élaboré</i>	PELEA (n=5)
<i>Langage oral formel</i>	MEC (n=2) ; EXALANG (n=2) ; DO80 (n=2) ; MT86 (n=1) ; EVIP (n=1) ; ECOSSE (n=1) ; TLE (n=1). <u><i>Personnes avec déficience</i></u> EVALO (n=1) ; ECOSSE (n=1) ; EVIP (n=1) ; TDFP (n=1) ; PATAKA (n=1) ; N-EEL (n=1).
<i>Langage écrit (n=4)</i>	<i>Batteries</i> : EXALANG (n=3) ; EVALAD (n=1) <i>Graphisme</i> : BHK (n=1) ; production spontanée (n=1)
<i>Théorie de l'esprit (n=2)</i>	TOM15 (n=2)

<i>Gestion des émotions (n=2)</i>	DANVA (n=2)
<i>Cognition mathématique (n=1)</i>	EXALANG (n=1)
<i>Fonctions exécutives (n=1)</i>	TAP, WINSCONSIN

Tableau 12. Evaluation des 18 ans et plus

Pour l'évaluation de la pragmatique, nous noterons que le TOPS est utilisé qualitativement car non étalonné sur une population française.

L'évaluation du langage écrit et de la cognition mathématique n'était pas systématique.

Enfin, pour évaluer des patients avec une déficience intellectuelle, les orthophonistes utilisaient des outils normés sur des populations plus jeunes (en âge chronologique), comme nous avons pu le voir pour les personnes non verbales.

3. Particularités de l'évaluation

3.1. Structuration

Plusieurs orthophonistes proposaient une structuration du cadre de l'évaluation de façon quasi-systématique (n=8). Pour d'autres, le choix de structurer était très souvent corrélé au niveau de la personne évaluée, à ses difficultés et à son comportement (n=6). Enfin, certains orthophonistes ne proposaient pas de structuration spécifique (n=3).

Nous avons pu relever plusieurs façons de structurer l'évaluation :

- Par des méthodes inspirées de la méthode TEACCH® (ex. bacs et armoires de gauche à droite ; panier « fini »).
- En épurant l'environnement auditif et visuel (ex. diminuer les bruits alentours ; ne mettre sur la table que ce qu'on est en train de faire).
- En proposant une aide visuelle afin que la personne puisse visualiser le temps qui passe et/ou prédire les différentes étapes de l'évaluation (ex. Time-Timer® pour les plus grands ; nombre de ronds correspondant au nombre d'épreuves à barrer au fil des épreuves ; emplois du temps et séquences visuelles des épreuves ; contrat de travail avec des gommettes ou contrat d'économie de jetons ; puzzles, encastremements ou coloriages avec le même nombre de pièces que d'épreuves).
- En signifiant les pauses (ex. grilles alternant exercice/pause ; post-it « pause » ; opposer le lieu de travail et le coin jeu/pause)
- En mettant un moyen de communication à disposition (ex. PECS® ; signes ; MAKATON® ; SAMU VERBAL)
- En proposant des renforçateurs, notamment avec les personnes déficientes afin d'introduire une routine.

3.2. Adaptations apportées aux outils

9/17 orthophonistes adaptaient systématiquement leurs tests, 6/17 les adaptaient de façon non systématique, 2/17 ne les adaptaient jamais. Parmi les adaptations apportées, on relevait principalement :

- Des adaptations d'épreuves (ex. images mobiles pour l'ECOSSE ; ajouts de « bulles » façon BD pour le TOPL).

- Des adaptations dans le mode de passation (ex. pause au milieu d'un test long comme l'ECOSSE; indices et encouragements pour les personnes très sensibles à l'échec etc.).
- Des adaptations sur les consignes du test (ex. reformulation, répétition, ajout d'items exemples, utilisation de dessins, pictogrammes MAKATON, photos ou gestes pour aider à la compréhension).
- Des adaptations en fonction du niveau (ex. raccourcir et simplifier des épreuves avec des personnes déficientes ; utiliser des épreuves d'un âge chronologique inférieur).
- Des adaptations pour les cas complexes avec ou sans troubles associés (ex. signes pour la déficience auditive ; épreuve dans une autre langue pour le plurilinguisme).
- Des adaptations et modifications de tests entiers estimés intéressants mais non étalonnés et créés pour le niveau souhaité (ex. SCHULMAN).
- Des adaptations pour évaluer la sensibilité à l'étayage (ex. comparaison de deux cotations : enfant seul/enfant avec aide).

Généralement, les orthophonistes interrogés précisait que les tests étaient utilisés qualitativement (pas de comparaison à la norme) dès lors que des adaptations y étaient apportées. On note que le nombre d'adaptations était corrélé au niveau de la personne évaluée : plus le niveau était bas, plus les orthophonistes avaient tendance à adapter leurs tests.

3.3. Manques

100% des orthophonistes interrogés estimaient éprouver des difficultés à trouver des outils dans certaines situations d'évaluation. Le nombre de domaines concernés variait avec le type de population : avec ou sans déficience intellectuelle ou encore bon niveau intellectuel.

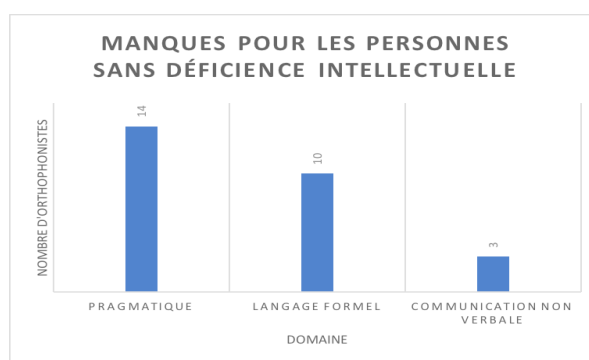


Figure 2. Manques pour l'évaluation des personnes sans DI

Pour les personnes **sans déficience intellectuelle** (cf figure 2), les orthophonistes interrogés manquaient d'outils pour évaluer :

La pragmatique (n=14) : Pour les jeunes patients, l'EVALO et le SCHULMAN étaient très régulièrement utilisés et appréciés pour leur simplicité et leur aspect fonctionnel. Cependant, pour les patients plus âgés (à partir de 7 ans), les orthophonistes estimaient ne pas disposer de tests français étalonnés et adaptés pour évaluer la pragmatique. De même, pour les personnes ayant un haut niveau intellectuel, les orthophonistes ne disposaient pas de tests pour évaluer ce domaine de manière écologique. Ainsi, nous avons pu relever des remarques sur le type d'outil dont les orthophonistes souhaiteraient disposer :

→ Des outils écologiques et fonctionnels normalisés sur une population française, proposant des mises en situation, des mises en scène, saynètes ou films, des mimes, ainsi qu'une échelle qui permettrait d'harmoniser la façon de tester. L'idéal serait donc de disposer d'un outil, à l'image du SCHULMAN, créé et étalonné pour une population plus âgée et d'un meilleur niveau.

→ Des grilles d'analyse des compétences conversationnelles étalonnées qui se baseraient sur une situation d'échange à l'instar du QMCV de Pomini. Il s'agirait par exemple de disposer d'une épreuve contenant différentes questions (fermées et ouvertes) pour guider les comportements pragmatiques et relever ses différents aspects.

→ Des auto-questionnaires étalonnés, à partir de 10 ans environ à l'instar de L'AHC de Pomini qui semble assez adapté mais qui ne dispose d'aucun étalonnage.

→ De grilles repères normées sur l'acquisition des compétences pragmatiques.

→ D'une épreuve de récit pour les 7-10 ans faisant appel à plus de compétences pragmatiques. En effet, l'épreuve de la « chute dans la boue » de la N-EEL semble souvent mener à un discours très descriptif. L'épreuve de récit du PELEA est quant à elle trop complexe et destinée à une classe d'âge supérieure.

→ D'un outil linguistique avec l'évaluation du langage métaphorique comme le PELEA mais pour les enfants en dessous de 11 ans.

Le langage oral formel (n=10): pour plusieurs tranches d'âge et niveau de langage, les orthophonistes semblaient peu satisfaits des tests disponibles et se trouvaient en difficulté pour obtenir un niveau de développement langagier sur les deux versants. Pour les enfants à partir de 8-9 ans, les outils disponibles étaient souvent considérés comme désuets (ex.EVIP), peu flexibles (ex. L2MA), ou inadéquats en terme de niveau proposé (ex. TLOCC, EXALANG). De même, à partir du collège, les tests disponibles ne leur permettaient pas d'obtenir un réel niveau de développement langagier. Le PELEA ou les EXALANG par exemple ne proposent pour l'un qu'une évaluation du langage élaboré, et pour l'autre des épreuves qui semblent entremêler plusieurs compétences (langage formel/élaboré/pragmatique).

La communication non verbale (n=3) : les orthophonistes manquaient d'outils standardisés pour qualifier et quantifier la communication non verbale à partir de 10 ans environ ainsi que pour les personnes ayant des troubles plus « fins ».

Pour les **personnes ayant un faible niveau intellectuel avec peu ou pas de langage**, certains orthophonistes estimaient manquer d'outils adaptés pour l'évaluation du **langage oral réceptif et de la communication** (n=6). Pour le *langage oral réceptif* au niveau lexical par exemple, les items des tests dont ils disposaient ne semblaient pas toujours correspondre au type de vocabulaire des personnes, posant ainsi le souci d'une interprétation erronée du niveau de vocabulaire (compétences lexicales hétérogènes et spécifiques). Concernant la *communication*, plusieurs orthophonistes souhaitaient pouvoir également disposer de tests permettant de mettre en place une CAA adaptée.

Enfin, de manière générale, deux orthophonistes rapportaient des difficultés à trouver des outils pour l'évaluation de **l'oralité** (alimentation/déglutition, praxies, sensorialité), et

principalement pour les personnes avec déficience intellectuelle; Un orthophoniste pour la *théorie de l'esprit* ; trois orthophonistes pour la *gestion des émotions*.

Discussion

Rappel des principaux résultats

Les résultats de l'étude ont permis d'obtenir des informations essentielles à la connaissance des pratiques d'évaluation orthophonique pour les TSA. Nous disposons désormais de données générales sur l'évaluation et de données concrètes sur les outils utilisés par domaine et niveau. Nous avons également pu établir un tableau récapitulatif de tous les outils cités dans l'étude (cf annexe 4). Ces éléments constituent des ressources importantes et des lignes directrices pour l'évaluation orthophonique. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la démarche d'évaluation diagnostique ne concerne pas uniquement les CRA mais aussi d'autres structures accueillant des enfants et des adultes en évaluation (ex. EDAP, CMP etc.).

De manière générale, tous les orthophonistes interrogés s'efforçaient de respecter les conditions standardisées d'évaluation et d'appliquer les recommandations. Nous avons pu constater une grande diversité dans les pratiques, très souvent liée aux conditions matérielles des évaluations (ex. qualité de l'environnement, outils disponibles), à l'organisation des établissements (ex. consultation simple vs hôpital de jour), à leurs orientations théoriques, ou encore à la population reçue en évaluation (ex. âge, niveau). Nous avons pu relever au total, pour tous domaines confondus, plus de soixante-dix outils d'évaluation (cf annexe 4). Cependant, ces derniers ne disposaient pas toujours des qualités attendues d'un outil diagnostique. En effet, environ la moitié des outils utilisés n'étaient pas spécifiquement orthophoniques, et environ un outil sur cinq était issu d'une traduction de test anglo-saxon, n'ayant pas fait l'objet d'une normalisation française. De plus, nous avons pu relever différentes données sur les adaptations apportées aux outils utilisés (ex. raccourcir une épreuve) ainsi qu'à l'environnement de l'évaluation (ex. structuration temporelle de l'évaluation). Enfin, un des buts principaux de l'étude était d'évaluer les difficultés des orthophonistes à trouver des outils adaptés pour leurs évaluations. Nous nous sommes aperçus que tous les orthophonistes interrogés estimaient manquer d'outils pour au moins un des domaines spécifiques à l'évaluation orthophonique, mais aussi pour des domaines qui recoupent d'autres spécialités (ex. théorie de l'esprit).

Réflexion sur les résultats : manques et stratégies pour y pallier

Nous avons pu relever des manques importants se reflétant dans les résultats par l'utilisation massive d'outils non spécifiquement orthophoniques, ou non étalonnés, et l'apport fréquent d'adaptations aux évaluations ou aux tests utilisés.

Pour l'évaluation de la *pragmatique*, indépendamment du niveau ou de la classe d'âge de la personne évaluée, la majorité des outils, tests ou questionnaires utilisés n'avait jamais fait l'objet d'une normalisation française (ex. TOPS, AHC). De plus, de nombreux orthophonistes s'appuyaient sur des situations d'évaluation non standardisées (ex. discussion, jeu etc.) ; ce qui était pour eux, sujet à questionnements. Compte tenu de l'importance de ce domaine dans le diagnostic des TSA, il semblerait nécessaire de réfléchir à la création d'outils adaptés pour les enfants à partir de 7 ans. Il semble important également de réfléchir à des

outils faisant appel à des compétences pragmatiques écologiques afin de mener une évaluation plus fine des troubles chez des personnes moins sévèrement atteintes et ayant un bon niveau intellectuel. En effet, chez ces derniers, les troubles pragmatiques sont souvent liés à des intérêts restreints et stéréotypés (ex. l'astronomie) ; ils peuvent alors montrer de bonnes performances aux tests « linguistiques », situationnels ou figés comme le TOPS (épreuve analyse d'images). De plus, lorsque ces personnes bénéficient d'une prise en charge, beaucoup de compétences pragmatiques ont pu être travaillées, leur permettant de répondre par réflexe ou automatisme. Les tests ne rendent dès lors pas compte des difficultés d'adaptation réelles (ex. respecter les tours de parole, interpréter les signaux non verbaux). S'il semble difficile d'imaginer des épreuves tout à fait standardisées, les outils devront nécessairement s'insérer le plus naturellement possible dans la situation d'évaluation. Nous avons obtenu à ce sujet de nombreux commentaires (cf résultats), constituant des pistes concrètes pour des recherches futures sur la création d'outils.

Nous avons également relevé des besoins importants dans l'évaluation du *langage oral formel* (phonologie, lexique, morphosyntaxe, récit), et ce, pour plusieurs tranches d'âges et niveaux. Ces résultats suggèrent de nouveau la nécessité de disposer de tests normalisés plus récents et adaptés en terme de niveau pour les enfants à partir de 8-9 ans, ainsi que d'un test permettant d'obtenir un niveau langagier pour les collégiens. De même, pour les patients adultes ou adolescents ayant un faible niveau intellectuel avec peu ou pas de langage, nous avons pu relever l'utilisation de plusieurs tests non étalonnés sur une population française (ex. l'épreuve de compréhension lexicale sur désignation d'objets du REYNELL, utilisé pour ses qualités pratiques). Cela peut naturellement s'expliquer par la volonté d'obtenir en priorité des informations sur la communication du patient mais l'utilisation de ces tests non étalonnés a pour inconvénient de ne pas pouvoir obtenir de comparaison à une norme. Pour les personnes avec peu ou pas de langage, il serait donc intéressant de disposer de tests évaluant le *langage oral réceptif* de façon écologique (ex. tâches de manipulation d'objets concrets du quotidien comme la nourriture ; consignes orales), ainsi que les capacités de *communication* (ex. demande d'aide). Nous noterons que le COMVOOR, utilisé avec ces personnes, donne des informations sur le niveau de conceptualisation mais pas sur le niveau de compréhension orale et les capacités de communication.

Enfin, indépendamment de l'âge et du niveau du patient, plusieurs orthophonistes estimaient manquer d'outils pour qualifier et quantifier la *communication non verbale* ainsi que pour évaluer *l'oralité*. Pour ces deux domaines, les orthophonistes utilisaient par conséquent de nombreux outils et situations d'évaluation non standardisés (tests non étalonnés et issus de traductions, outils fabriqués guidant les observations). Pour la *communication non verbale*, nous noterons toutefois l'existence d'outils non spécifiquement orthophoniques, tels que l'ADOS, qui permet de qualifier et de quantifier finement ces aspects de la communication mais qui nécessite d'y être formé. Pour *l'oralité* il n'existe pas à ce jour de test standardisé. Nous avons pourtant connaissance de l'importance des études récentes sur ces troubles dans les TSA. De plus, les fonctions alimentaires et verbales attribuées à l'oralité sont au cœur de notre métier. Un outil complet standardisé permettrait aux orthophonistes d'évaluer les aspects sensoriels et moteurs de l'oralité (ex. batterie contenant des questionnaires parentaux ainsi que des protocoles d'évaluation pour les différents aspects). Enfin, il serait intéressant de disposer également de films de repas à la maison.

Si l'utilisation d'outils non spécifiquement orthophoniques ou non étalonnés s'explique cliniquement par une volonté d'agir au mieux en s'adaptant au patient et à la situation, elle

laisse cependant supposer qu'il existe un réel besoin d'outils pour des domaines spécifiquement orthophoniques (langage oral formel, pragmatique, communication, oralité) et pose la question de l'amélioration de nos évaluations.

Paradoxalement, bien que nous recherchions une standardisation dans des buts pratiques et comparatifs, l'évaluation ne pourra se résumer à une procédure standardisée car les particularités cognitives des TSA rendent souvent nécessaires les adaptations. Le but de l'évaluation étant avant tout d'obtenir un profil communicatif et langagier et de dégager les forces et les faiblesses de la personne. Durant nos entretiens, certains orthophonistes considéraient ces adaptations comme indispensables à l'obtention d'un panel de compétences et à l'élaboration d'un projet thérapeutique. En effet, la personne, avec ces aides et la présence d'évaluateurs entraînés, pourrait montrer des compétences qu'elle ne montre pas ailleurs. D'autres orthophonistes ne proposaient de structuration ou d'adaptations que pour certaines personnes ou pour des épreuves spécifiques (ex. évaluation du langage). Ils considéraient alors que la structuration, en libérant la personne de certaines contraintes, permettait de tester plus « purement » une seule et unique compétence. Enfin, certains orthophonistes n'adaptait pas leurs évaluations craignant qu'un environnement trop favorable ne puisse faire émerger les difficultés d'adaptation, notamment avec des personnes dont le trouble est peu apparent.

Ainsi la question des adaptations, que ce soit au niveau de l'outil ou du cadre plus global de l'évaluation, peut être débattue. Il paraît difficile de donner une réponse absolue à cette question. En effet, selon le niveau intellectuel et les difficultés comportementales de la personne évaluée, les adaptations peuvent s'avérer nécessaires au bon déroulement de l'évaluation (ex. personnes avec troubles du comportement important). De même, selon la compétence recherchée par l'évaluateur, l'outil devra être adapté aux particularités cognitives des TSA, afin que seule cette compétence puisse être prise en compte dans la notation (ex. présentation et longueur des épreuves, visuel, items concrets etc.).

Enfin, nous avons pu tirer de notre étude deux solutions intéressantes à la question de la structuration. D'une part, l'utilisation de l'outil informatique par exemple, considéré comme suffisamment structurant et peu stimulant sur le plan relationnel, pourrait permettre de différencier le cadre de l'évaluation du langage formelle de celui de la pragmatique. D'autre part, sur le plan qualitatif et fonctionnel, il pourrait être intéressant de bénéficier de plusieurs consultations. La première séance d'évaluation sans adaptations pourrait permettre d'observer les réactions du patient et la deuxième consultation avec adaptations permettrait de voir comment le patient tire profit de ces dernières. Cependant, nous nous heurtons de nouveau à des limites pratiques en lien avec la gestion des établissements d'évaluation. En effet, seuls quelques orthophonistes interrogés disposaient de plusieurs séances d'évaluation (ex. fonctionnement en HDJ).

Réflexion sur les tests et la clinique

Les orthophonistes adoptent différentes stratégies pour pallier le manque d'outils adaptés à l'évaluation des TSA, tels que l'utilisation d'outils non standardisés et l'apport fréquent d'adaptations. Ainsi, les outils dont nous disposons actuellement semblent peu adaptés que ce soit sur le plan psychométrique (test français/tests non francophones) mais aussi sur le plan des qualités intrinsèques au test (ex. présentation des items, matériel utilisé).

Sur le plan psychométrique, l'utilisation de tests non francophones pose comme nous l'avons vu la question d'une comparaison à une norme et de l'obtention d'un niveau langagier ou communicationnel. Cependant, nous noterons que l'utilisation d'un test français ne garantit

pas pour autant des bonnes qualités psychométriques. Il est bien souvent difficile d'accéder à ces données dans les manuels des tests, une analyse plus fine montrant des qualités psychométriques (étalonnage, mesure d'écart à la norme) quelque fois insatisfaisantes.

De plus, les épreuves dont nous disposons avec les tests actuels, indépendamment de leur qualité psychométrique, ne sont pas construites pour les particularités autistiques, ce qui poussent les orthophonistes à adapter leur passation. Les adaptations peuvent concerner l'environnement mais aussi les tests proposés en bilan. Nous avons pu remarquer que la structuration de l'environnement était quasi-constante mais que l'adaptation des outils d'évaluation l'était moins car elle remet en question la standardisation de l'outil. Nous avons aussi pu remarquer que l'adaptation d'outils ne concernaient pas uniquement les outils étrangers et non normalisés mais aussi les outils standardisés français, ce qui montre bien que l'utilisation d'un test francophone ne garantit pas sa qualité intrinsèque. Par exemple, la plupart des épreuves sont construites avec du matériel verbal, or il existe des difficultés de compréhension et de mémorisation (ex. consignes). Lorsque ce n'est pas la capacité de compréhension qui est testée, ces difficultés viendront entraver la performance de la personne. On sait qu'il serait préférable de présenter des stimuli visuels, souvent mieux traités et venant soutenir l'oral. Il en est de même pour les aspects visuels et temporels de la présentation des épreuves qui se doivent d'être clarifiés pour ne tester que la compétence cible. Les tests actuels utilisés, notamment pour l'évaluation du langage oral, de la pragmatique et du langage écrit, n'ont pas été étudiés pour pallier ces difficultés et manquent dès lors de sensibilité. Or, tous les orthophonistes interrogés s'accordaient à dire que les adaptations permettaient une amélioration du comportement et des performances de la personne. Sachant que le projet thérapeutique s'établira sur les compétences observées, ces observations se doivent donc d'être au plus proche des compétences de la personne.

Nous pouvons alors nous demander pourquoi il n'existe pas à ce jour de test spécifique à l'évaluation des TSA? Cela pose de nouveau la question de la diversité des manifestations et des profils qui pourrait empêcher la création d'outils standardisés « types ». De plus, les épreuves standardisées et objectives ne suffisent pas toujours à faire ressortir certaines particularités. C'est en grande partie la clinique de l'évaluateur qui permettra de faire ressortir ces traits et de les analyser. En effet, tous les écrits sur l'autisme s'accordent à dire que le diagnostic est principalement clinique puisqu'il n'existe pas d'indicateurs biologiques avérés. Si nous constatons que l'expertise clinique des professionnels dans les centres spécialisés permet une analyse pertinente des traits autistiques, il subsiste toutefois des besoins d'outils normalisés dans la démarche diagnostique, notamment pour les professionnels qui débutent dans l'évaluation et qui sont de plus en plus concernés par la démarche diagnostique. Il semble important que ces derniers puissent disposer d'outils pensés pour être sensibles et spécifiques à cette évaluation. De plus, comment aspirer à une meilleure communication et à un accord diagnostique entre les différents professionnels s'il n'existe pas d'outils spécifiques et recommandés par les hautes instances de santé ?

Cela pose donc la question de la création de tests orthophoniques plus sensibles et spécifiques à l'évaluation des TSA. Cependant, selon le domaine évalué, l'établissement d'un « gold standard » en terme d'outil d'évaluation paraît difficilement envisageable. Pour la pragmatique, par exemple, il existe des facteurs internes en lien avec certaines particularités (ex. théorie de l'esprit, centres d'intérêts etc.) et externes (ex. prise en charge, compensations etc.) qui rendent difficiles l'établissement d'un profil « typique ». Un test pourra donc être sensible pour une personne autiste et ne le sera pas nécessairement pour l'autre. Néanmoins,

comme nous l'avons vu pour ce domaine, les futures recherches sur les outils pragmatiques nécessiteraient de se pencher sur l'aspect fonctionnel, souvent mis de côté dans l'évaluation. Pour d'autres domaines, plus stables dans les manifestations autistiques ou plus facilement observables cliniquement, la création d'un outil spécifique et sensible paraît plus évidente. C'est le cas par exemple de l'évaluation de l'oralité dont l'évaluation repose souvent sur une analyse clinique de manière directe (observations, essais alimentaires) ou indirecte (questionnaires, films familiaux). La création de questionnaires ou guides d'observations contenant des items spécifiques aux manifestations autistiques (ex. sélectivité alimentaire, hypersensibilité orale) est donc envisageable. De même, pour l'évaluation du langage oral formel, nous avons vu que l'utilisation d'items concrets (objets réels), par exemple, était souvent préférable pour obtenir un niveau langagier chez des personnes plus sévèrement atteintes.

La dynamique de création de test doit donc être envisagée en tenant compte de la diversité clinique des troubles (en terme de particularité et de degré de manifestation). Si la diversité des comportements autistiques est une difficulté à la création de tests spécifiques, il est néanmoins nécessaire de réfléchir à une description et une analyse fine des comportements langagiers et communicationnels. à l'aide de tests les plus sensibles et spécifiques possible. Ces tests devront donc tenter de garantir à la fois une bonne qualité psychométrique mais aussi d'être écologiques et adaptés aux particularités autistiques dans leur présentations.

Limites de l'étude

Notre étude a donc permis d'obtenir de nombreuses données sur les pratiques orthophoniques, les outils utilisés, mais aussi d'objectiver des manques qu'il paraît nécessaire de combler. Cependant, elle se limite à l'interrogation de dix-sept orthophonistes et à des échanges téléphoniques dont la standardisation peut être discutée. En effet, nous avons fait le choix de ne pas enregistrer les échanges téléphoniques afin de s'assurer de la participation la plus naturelle possible des orthophonistes et de garantir l'anonymat. La retranscription de l'entretien se faisait donc en direct et à la suite de celui-ci. De plus, les échanges, bien que menés à l'aide d'un guide d'entretien, n'ont pas toujours été facile à organiser puisqu'il s'agit avant tout d'une discussion. Celle-ci ne peut donc pas être tout à fait standardisée puisqu'elle s'inscrit dans une cadre d'échange naturel. Toutefois, il est indiscutable que nous avons obtenu les témoignages de professionnels dont l'expertise clinique a permis le recueil de données fiables. Ces derniers ont accueilli la recherche avec beaucoup d'intérêts, ce qui souligne l'importance des travaux de recherche sur le sujet et le désir de disposer d'outils pertinents.

Si notre étude permet une réflexivité sur nos pratiques, il serait intéressant qu'elle puisse être également comparative vis à vis d'autres modèles francophones étrangers (ex. Belgique, Canada).

Enfin, il aurait été intéressant de mener une analyse psychométrique fine des tests français et étalonnés utilisés ainsi que des items proposés. Cela aurait permis de mieux cibler les besoins et de comprendre les avantages et les inconvénients de chaque tests pour l'évaluation des TSA.

Conclusion

L'examen orthophonique du langage et de la communication occupe une place essentielle dans la pose du diagnostic de TSA. A l'ère de l'evidence based practice et à l'aube du 4ème plan autisme (« stratégie nationale 2018-2022 »), il était nécessaire d'actualiser les connaissances sur les pratiques orthophoniques dans ce domaine. L'étude avait donc pour objectif de faire un état des lieux des pratiques d'évaluation par le biais d'entretiens téléphoniques auprès d'orthophonistes spécialisés dans le diagnostic des TSA. Les résultats ont fait apparaître une diversité importante dans les pratiques, très souvent dépendantes des outils disponibles et existants mais aussi de l'organisation et des orientations théoriques des établissements. A ce jour, il existe des manques considérables en terme d'outil d'évaluation pour des compétences spécifiquement orthophoniques et il paraît évident que ce sont les difficultés à trouver des outils français adaptés qui poussent les orthophonistes à faire parfois reposer une évaluation diagnostique sur des techniques « empiriques ». Si nous ne pouvons pas nier l'importance de la clinique dans une évaluation aussi complexe que celle des TSA, il semble tout de même primordial de bénéficier de tests de référence pour objectiver ces compétences qui restent l'apanage de l'orthophoniste, professionnel de la communication. Bien que les particularités de chaque personne mènent souvent à des aménagements et adaptations spécifiques, ces derniers éléments justifient amplement la nécessité et l'intérêt de tendre vers une évaluation plus standardisée en terme d'outils utilisés mais aussi de conditions de passation. Les travaux de recherche sur le sujet sont à ce jour insuffisants et doivent continuer à émerger afin de permettre aux orthophonistes de disposer de ces ressources nécessaires à l'approfondissement de leur démarche diagnostique, en s'assurant que celle-ci soit valide, adaptée et conforme aux recommandations. L'utilisation de cette base de données pourrait donc permettre d'entrer dans une dynamique de création d'outils spécifiques et adaptés à l'évaluation de l'autisme avec, comme fil conducteur, la volonté d'harmonisation des pratiques et la garantie d'une prise en charge précoce. Ce dernier point, prôné et porté par les trois plans autismes passe nécessairement par des pratiques de dépistage et de diagnostic fines et rigoureuses en ayant à disposition des outils de qualité, sensibles et spécifiques. Il est donc nécessaire d'actualiser les connaissances même si les recherches sur le sujet se heurteront inévitablement à une difficulté de taille : la diversité des manifestations des troubles du spectre autistique et donc peut-être l'impossibilité d'établir de réels « gold standards » en terme d'outils diagnostiques orthophoniques.

Bibliographie

- Baghdadli, A., Beuzon, S., Bursztejn, C., Constant, J., Desguerre, I., Rogé, B., Aussilloux, C. (2006). Recommandations pour la pratique clinique du dépistage et du diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement. *Archives de Pédiatrie*, (4), 373–378.
- Bursztejn C., Baghdadli, A., Beuzon, S., Contant, J., Squillante, M., Roge, B., Desguerre, I. (2005). Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. *Fédération française de psychiatrie*.
- Carlotti, M.-A. (2013). *Troisième Plan Autisme (2013-2017)*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Compagnon, C., Pons, P.-C., & Fourniere, G. (2016). Evaluation des Centres de ressources autisme (CRA) en appui de leur évolution (No. 2015–124R). *Inspection générale des affaires sociales*.
- Coquet, F. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent. Pistes pour l'évaluation*. France : Ortho Edition.
- Coudougnan, E. (2012). Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique. *Rééducation orthophonique*, 249, 77–90.
- Courtois-du-Passage, N., & Galloux, A.-S. (2004). Revue de la littérature: Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : aspects formels et pragmatiques du langage. *Language and Speech Evaluation in the Autistic Child (English)*, 52, 478–489.
- Delage, H., & Durrleman, S. (2015). *Langage et cognition dans l'autisme chez l'enfant : théorie et clinique*. Paris : De Boeck-Solal, DL 2015, cop. 2015.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). Trouble du spectre de l'autisme: signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Méthode Recommandations pour la pratique clinique.
- INSERM. (2004). Déficiences et handicaps d'origine périnatale - dépistage et prise en charge. *Les éditions Inserm*, 239-244.
- Jospin, L., Guigou, E., & Kouchner, B. (2002). *Décret relatif aux actes professionnels : Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) (Décret de compétences No. 2002 721)*. Paris : Direction de l'information légale et administrative.
- Kim, Y. S., Fombonne, E., Koh, Y.-J., Kim, S.-J., Cheon, K.-A., & Leventhal, B. (2014). A Comparison of DSM-IV Pervasive Developmental Disorder and DSM-5 Autism Spectrum Disorder Prevalence in an Epidemiologic Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 500–501.
- Leclercq, A.-L., & Veys, E. (2014). Réflexions sur le choix de tests standardisés lors du diagnostic de dysphasie. *ANAE*, (131), 374-382.
- Letard, V. (2011). *Évaluation de l'impact du plan autisme 2008-2010 : Comprendre les difficultés de sa mise en œuvre pour mieux en relancer la dynamique*. Paris : Ministère des Solidarités et de la cohésion sociale.

- Marcaggi, G., Bon, L., Eustache, F., & Guillery-Girard, B. (2010). La mémoire dans l'autisme : 40 ans après. *Revue de neuropsychologie*, 2, 310-319.
- Mottron, L. (2006). *L'autisme : une autre intelligence. Diagnostic, cognition et upport des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Belgique: Mardaga.
- Plumet, M.-H. (2014). *L'autisme de l'enfant: Un développement sociocognitif différent*. Paris : Armand Colin.
- Sanchez, D. (2011). Adaptation de certains items de tests orthophoniques à la spécificité cognitive des enfants avec autisme. *Faculté de médecine, école d'orthophonie, Nice*.
- Sheinkopf, S. J., Mundy, P., Oller, D. K., & Steffens, M. (2000). Vocal Atypicalities of Preverbal Autistic Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 345-347.
- Tager-Flusberg, H., & Joseph, R. (2004). The relationship of theory of mind and executive functions to symptom type and severity in children with autism. *Development and Psychopathology*, 16, 137-155.
- Veneziano, E. (2010). Interaction, langage et théorie de l'esprit : liens inhérents et développementaux. In J. Bernicot, E. Veneziano, M. Musiol & A. bert-Erboul (Eds.). *Interactions verbales et acquisition du langage* (pp.89-118). Paris : L'Harmattan.
- Vermeulen, P. (2005). *Comment pense une personne autiste*. Paris : Santé sociale, Dunod.
- Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization (1970). *Principes et pratique du dépistage des maladies*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Wilkinson, K. (1998). Profiles of language and communication skills in autism. *Mental retardation and developmental disabilities reseach reviws*, (4), 73-79.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Lettre d'information

Annexe n°2 : Guide d'entretien

Annexe n°3 : Population

**Annexe n°4 : Tableau récapitulatif des outils utilisés dans les CRA pour l'évaluation des
TSA**