

CFUO de Lille

UFR35 - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



MEMOIRE

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

Emilie CLAD

soutenu publiquement en juin 2025

**Démarche préalable à l'élaboration d'un outil
d'accompagnement parental pour évaluer et
favoriser les comportements de communication
des enfants présentant un TSA.**

**Etat des lieux des outils existants à travers une revue
systématique de la littérature.**

MEMOIRE dirigé par

Xavier COULIER, Orthophoniste, Neufchâtel-Hardelot

Mélanie DELSAUT, Orthophoniste, CRA du NPDC, Lille

Lille – 2025

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement mes directeurs de mémoire, M. Coulier et Mme Delsaut, pour m'avoir accompagnée dans ce mémoire. Je les remercie pour leur confiance, leur disponibilité, leurs relectures et leurs conseils, mais aussi pour la bienveillance dont ils ont fait part durant ce projet.

Je tiens également à remercier Mme Macchi pour ses réponses à mes questions concernant la méthodologie.

Je remercie mes maîtres de stage de cinquième année pour leur accueil, leur bienveillance, leur accompagnement et leurs conseils qui me seront précieux dans ma pratique future.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement mes proches. Un grand merci à mes parents, mon frère, et ma famille de manière plus générale, pour leur soutien indéfectible et inconditionnel, leurs encouragements, et leur présence tout au long de mes études. Je remercie également mes amies de promotion et mes amies ardennaises pour leur solidarité, les moments passés ensemble et leur soutien sans failles, que ce soit dans ma vie étudiante ou personnelle.

Résumé :

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est un trouble du neurodéveloppement qui se caractérise par l'atteinte de la communication et des interactions sociales et par la présence de comportements, d'activités ou d'intérêts restreints et répétitifs. Les enfants porteurs de TSA peuvent ainsi avoir des difficultés à exprimer leurs besoins. Par ailleurs, les réactions de l'entourage face à leurs comportements communicatifs influencent les futures stratégies de communication de l'enfant. Dans le cadre d'une intervention orthophonique, il serait pertinent de disposer d'un outil permettant de relever à la fois les actes de communication de l'enfant, les intentions qui les motivent, ainsi que les réponses apportées par les parents, dans le but de proposer des pistes d'accompagnement parental adaptées. Une revue systématique de la littérature a été menée pour voir si un tel outil existe. Les recherches effectuées dans Embase et Web of Science ont permis de sélectionner 147 articles, à partir desquels 130 outils ont été recensés. Après tri, quatre outils répondant aux critères de l'étude ont été retenus : l'Autism Behavior Inventory, l'Inventory of Potential Communicative Acts, le Low Verbal Investigatory Survey et le profil pragmatique pour les utilisateurs de Communication Alternative et Améliorée. L'analyse et la comparaison de ces quatre outils fait émerger le besoin de créer un nouvel outil, qui serait axé sur la communication de l'enfant, mais aussi sur la communication utilisée par l'entourage.

Mots-clés : Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), communication sociale, accompagnement parental, évaluation interventionnelle.

Abstract :

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by impaired communication and social interaction, and the presence of restricted and repetitive behaviors, activities or interests. Children with ASD may struggle to express their needs. Furthermore, the way people around them respond to their communicative behaviors can influence their future communication strategies. In the context of speech and language therapy, it would be useful to have a tool that would enable us to identify the child's communicative acts, the intentions that motivate them, and the responses provided by the parents. This paper consists of a systematic review of the literature, to see if such a tool already exists. Search equations entered in the Embase and Web of Science data bases yielded 130 assessment tools. After excluding tools not relevant to this study, four tools were obtained : the Autism Behavior Inventory, the Inventory of Potential Communicative Acts, the Low Verbal Investigatory Survey and the Pragmatic Profile for people using Alternative and Augmentative Communication. After analysing and comparing these four tools, none of them matched our original objectives. This review therefore highlights the need to develop a new assessment tool that focuses not only on the child's communication but also on the communication used by those around them, and that offers practical guidance for parental support.

Keywords : Autism Spectrum Disorder (ASD), social communication, parental support, interventional assessment.

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	2
.1. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA).....	2
.1.1. Les critères diagnostiques du TSA	2
.1.2. L'atteinte de la communication chez les personnes atteintes de TSA.....	2
.1.2.1. Développement de la communication chez l'enfant neurotypique	2
.1.2.2. Spécificités de la communication chez l'enfant présentant un TSA	3
.1.3. Les comportements-défis	4
.2. Intérêt de la prise en compte de l'entourage et de l'environnement dans le développement de la communication d'enfants porteurs de TSA	5
.2.1. L'analyse appliquée des comportements	5
.2.2. Le modèle d'intervention précoce de Denver (ESDM)	6
.2.3. L'accompagnement parental	7
.2.4. La communication alternative et améliorée	8
.3. Les différents outils d'évaluation.....	8
.3.1. L'évaluation directe et indirecte	9
.3.2. Les objectifs de l'évaluation	9
.3.2.1. L'évaluation à visée de dépistage.....	9
.3.2.2. L'évaluation à visée diagnostique	10
.3.2.3. L'évaluation à visée interventionnelle	10
Méthode.....	10
.1. Recherche documentaire.....	10
.2. Procédure de sélection	11
.2.1. Sélection des articles.....	11
.2.2. Sélection des outils	11
.2.3. Inclusion d'articles supplémentaires.....	11
.3. Analyse des outils inclus	11
Résultats	12
.1. Résultats quantitatifs	12
.2. Description des outils inclus dans l'étude	13
.3. Analyse et comparaison des outils	17
Discussion	22
.1. Remarques concernant l'analyse des outils	22
.1.1. Langue de publication des outils.....	22
.1.2. Les questionnaires et les trames d'entretien semi-directif.....	22
.1.3. La place des parents et des aidants.....	23
.1.4. Comportements de communication.....	24
.1.5. Fonctions de communication	25
.1.6. Remarques sur les critères de qualité des outils interventionnels	26
.1.7. Conclusion concernant l'analyse des outils	27
.2. Limites de la présente recherche	29
.3. Perspective de recherches	29
Conclusion.....	29
Bibliographie	31

Liste des annexes	36
Annexe n°1 : La pyramide de Maslow	36
Annexe n°2 : Tableau récapitulatif des outils exclus lors de la première phase de sélection des outils d'évaluation.....	36
Annexe n°3 : Tableau récapitulatif des outils exclus lors de la deuxième phase de sélection des outils d'évaluation.....	36
Annexe n°4 : Tableau détaillé des comportements de communication recensés selon les outils.	36

Liste des abréviations

AAC : Analyse Appliquée des Comportements

ABA : Applied Behavior Analysis

ABI : Autism Behavior Inventory

ADI-R : Autism Diagnostic Interview – Revised

CAA : Communication Alternative et Améliorée

ESDM : Early Start Denver Modell

FNQ-Fr : Family Needs Questionnaire français

HAS : Haute Autorité de Santé

IPCA : Inventory of Potential Communicative Acts

LVIS : Low Verbal Investigatory Survey

M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers

PCA : Potential communicative acts, actes potentiels de communication

PDD-ADT : Pervasive Development Disorder Autism Decision Tree

PDDBI : Pervasive Development Disorders Behavioral Inventory

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

SCP : Sentiment de Compétence Parentale

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

Introduction

Tout individu est amené à satisfaire des besoins, organisés en niveaux hiérarchiques selon la théorie de Maslow (Maslow, 2008). Le premier niveau concerne les besoins physiologiques, tels que l'alimentation, le sommeil ou la respiration. Le deuxième niveau englobe les besoins de sécurité, tandis que le troisième niveau regroupe les besoins d'appartenance (qui sont liés à l'amour, à l'affection ou aux relations sociales). Enfin, le quatrième niveau rassemble les besoins d'estime ou de reconnaissance et le cinquième niveau se rapporte aux besoins d'accomplissement personnel, en lien avec les aspirations de la personne. Cette description des différents niveaux de besoins est couramment appelée Pyramide de Maslow (cf. Annexe 1). A chacun de ces niveaux peuvent être associées des actions humaines (Pichère & Cadiat, 2015).

D'un point de vue développemental, l'intentionnalité apparaît chez l'enfant neurotypique entre 9 et 13 mois de vie (Dormoy, 2020). Elle s'observe par la persistance d'un comportement de communication, couplée à un contact oculaire vers l'interlocuteur. Cette intentionnalité permet à l'enfant d'atteindre un but précis (Dormoy, 2020), lui permettant ainsi d'assouvir ses besoins.

Or, les enfants porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) présentent des comportements, activités ou intérêts restreints ou stéréotypés, ainsi qu'un déficit persistant de la communication et des interactions sociales (American Psychiatric Association, 2023). Cette altération de la communication, se manifestant à travers une atteinte des comportements non-verbaux, des pré-requis, ou des particularités langagières, peut empêcher l'enfant de communiquer ses besoins de manière efficace (Sénéchal et al., 2013).

Quels sont les mécanismes d'adaptation que les enfants TSA de moins de 6 ans mettent en place au quotidien afin d'exprimer leurs besoins malgré leurs troubles ? En réponse à ces comportements, quelles sont les stratégies d'ajustement mises en place par les proches de l'enfant ? Comment ces stratégies impactent-elles la communication de l'enfant porteur de TSA ? Quels outils d'évaluation existe-t-il afin d'évaluer ces composantes ?

L'objectif de ce mémoire consistera à mettre en évidence le besoin ou non de créer un nouvel outil d'évaluation à visée interventionnelle. Pour ce faire, une revue systématique de la littérature aura pour but d'explorer les différents outils semi-directifs existant afin d'évaluer les comportements de communication des enfants porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme de 0 à 12 ans et les stratégies apportées par leurs parents.

Dans une première partie seront décrits les troubles du spectre de l'autisme et plus particulièrement leurs particularités communicationnelles. Une deuxième partie aura pour but de décrire l'impact de l'environnement sur le développement de cette communication, en décrivant les concepts d'accompagnement parental et d'analyse appliquée du comportement. Ces deux parties permettront d'extraire des axes afin d'analyser le contenu des outils obtenus lors de notre revue systématique de littérature. Enfin, une troisième partie portera sur la forme de l'évaluation, en décrivant des moyens et outils d'évaluation des TSA. Ceci nous permettra de proposer par la suite des critères d'inclusion et d'exclusion dans notre revue de littérature.

Contexte théorique, buts et hypothèses

.1. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)

.1.1. Les critères diagnostiques du TSA

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental qui se caractérise par un déficit persistant de la communication et des interactions sociales et par la présence de comportements, d'activités ou d'intérêts restreints ou répétitifs (American Psychiatric Association, 2023). Ces deux caractéristiques sont présentes précocement dans le développement de l'enfant et se manifestent dans différents contextes. Le TSA concernerait un à deux pour cent de la population française (Haute Autorité de Santé [HAS], 2025). Dans cet écrit, nous nous intéresserons tout particulièrement à la communication sociale d'un enfant présentant un TSA.

.1.2. L'atteinte de la communication chez les personnes atteintes de TSA

La communication a été définie par de nombreux auteurs. Selon Fischer (2020), elle désigne l'ensemble des situations, des moyens, des comportements et des processus qui permettent d'établir et d'organiser les relations interpersonnelles et sociales, en favorisant la transmission et l'échange d'informations entre individus ou groupes, au sein d'un contexte social déterminé. Afin de comprendre en quoi la communication est impactée chez les enfants avec TSA, il est intéressant de comprendre le développement de la communication chez l'enfant neurotypique.

.1.2.1. Développement de la communication chez l'enfant neurotypique

L'enfant, dès les premières années de vie, a une préférence visuelle pour les visages humains et est attiré par les stimuli sociaux (Plumet, 2018 ; Dormoy, 2020). Le langage se développe dans un bain d'interactions sociales précoces (Contejean & Doyen, 2012). Les centres d'intérêts variés de l'enfant tout-venant l'amènent à multiplier ses expériences sociales, et lui permettent donc d'affiner ses compétences en communication.

Ainsi, petit à petit, des compétences jouant un rôle central dans le développement de la communication se mettent en place : ce sont les précurseurs à la communication (Leclerc, 2005). L'imitation, qui se développe dès les premiers mois de vie, en fait partie. Elle peut être immédiate ou différée (Nadel, 2014). L'imitation englobe plusieurs composantes : l'imitation spontanée, qui est à l'initiative de l'imitateur, l'imitation provoquée, qui apparaît sur l'initiative du modèle, et la reconnaissance d'être imité (Briet et al., 2022). Le tour de rôle s'établit entre trois et quatre mois, via des échanges qui se mettent en place à travers des dialogues constitués d'alternance de vocalisations entre l'enfant et le parent (Dormoy, 2020 ; Yailian, 2008). L'attention conjointe désigne l'attention coordonnée entre deux personnes lors de laquelle une personne regarde l'autre dans les yeux puis suit son regard pour observer le même objet ou événement (ex. un enfant regarde sa mère puis suit son regard vers un album). Elle se développe vers neuf mois (Yailian, 2008 ; Charlop et al., 2018). Les premiers pointages de l'enfant peuvent apparaître vers neuf mois. On distingue le pointage proto-impératif qui consiste à faire une demande du pointage proto-déclaratif qui permet d'initier un échange. Ce dernier apparaît plus tard, à partir de douze mois (Liszkowski, et al., 2007). Les jeux symboliques, quant à eux, se mettent en place entre douze et vingt-quatre mois (Yailian, 2018). Les précurseurs à la communication comprennent également l'intérêt à la

personne, le contact visuel, l'intérêt au jeu, l'alternance du regard, les sourires, les rires et la reconnaissance des objets (Leclerc, 2005).

Un locuteur peut communiquer pour diverses raisons : des intentions différentes peuvent expliquer un acte de communication. Des fonctions de communication ont tout d'abord été définies par Jakobson (1963) : la fonction émotive, la fonction conative, la fonction référentielle, la fonction métalinguistique, la fonction phatique et la fonction poétique. Toutes ces fonctions sont reliées à une fonction principale : celle de la transmission d'informations. Halliday (1975) décrit quant à lui sept fonctions de communication : La fonction instrumentale permet d'exprimer ses besoins et désirs. La fonction régulatrice a pour but d'influencer le comportement des autres ou de contrôler une situation. La fonction interactionnelle concerne l'initiation et le maintien de relations sociales. La fonction représentative a pour objectif de décrire des faits ou des informations sur ce monde. La fonction expressive a pour objet l'expression de ses émotions ou opinions. La fonction imaginative permet de créer ou d'imaginer des mondes fictifs. La fonction informative implique l'utilisation du langage afin de transmettre des informations nouvelles ou inconnues à l'interlocuteur. D'un point de vue développemental, un enfant neurotypique peut utiliser la communication à des fins sociales dès deux ans (Pereira et al., 2022), ce qui correspond à la fonction interactionnelle de Halliday. Par conséquent, comprendre pourquoi un enfant communique est essentiel lors d'une prise en charge axée sur la communication.

.1.2.2. Spécificités de la communication chez l'enfant présentant un TSA

Un enfant porteur de TSA est peu attiré par le caractère social des interactions (Plumet, 2018). Ce manque d'appétence à la communication, couplé à l'appauvrissement des expériences vécues dans un contexte social (dû aux centres d'intérêts restreints), entraînent des difficultés dans le développement du langage et de la communication (Contejean & Doyen, 2012). De plus, les précurseurs à la communication tels que l'attention conjointe, l'imitation, le pointage, le tour de rôle et les jeux symboliques sont fréquemment atteints (Yailian, 2018). Concernant l'imitation, on retrouve une grande variabilité inter-individuelle concernant son atteinte chez les enfants porteurs de TSA. Fréquemment, la composante la plus atteinte est l'imitation provoquée (Briet et al., 2022).

Le déficit de la communication sociale caractérisant le trouble du spectre de l'autisme se manifeste dans trois domaines principaux (American Psychiatric Association, 2023). Premièrement, il comprend un déficit de la réciprocité sociale et émotionnelle qui se traduit par des difficultés à partager ses émotions et à initier ou maintenir un échange, causant une maladresse dans les échanges voire un retrait social. Par ailleurs, on observe souvent chez des enfants présentant un TSA un déficit dans la communication non-verbale (Poirier & Leroux-Boudreault, 2020 ; Contejean & Doyen, 2012) : beaucoup ne présentent pas ou peu d'attention conjointe ; leur contact visuel peut être fuyant, périphérique ou totalement absorbant ; les gestes et mimiques sont peu utilisés spontanément dans un échange social, donnant souvent l'impression d'expressions faciales neutres. Enfin, le développement, le maintien et la compréhension des relations sociales peuvent également être perturbés (Poirier & Leroux-Boudreault, 2020 ; Contejean & Doyen, 2012). Aussi, leur manque de connaissance des codes sociaux et le manque de souplesse dans leur utilisation ont pour conséquence des difficultés à adapter leur comportement à différents contextes (Contejean & Doyen, 2012).

Les personnes présentant un TSA peuvent également présenter des spécificités langagières telles que des expressions stéréotypées (Contejean & Doyen, 2012). Ainsi, les écholalies désignent la répétition par l'enfant d'un énoncé émis par le partenaire de communication ou par l'enfant. Elle peut être immédiate ou différée selon qu'elle se produise dans ou après les deux tours de parole

suisant l'énoncé initial (Gladfelter & VanZuiden, 2020). Les stéréotypies verbales désignent, quant à elles, l'utilisation d'énoncés répétitifs provenant de son propre discours ou d'un discours provenant d'un autre support, au lieu de faire écho à ce qui est entendu dans la conversation en cours (Gladfelter & VanZuiden, 2020). Les idiosyncrasies renvoient à des mots spécifiques à l'enfant, dont la signification n'est pas comprise par tous ceux avec qui il communique (Contejean & Doyen, 2012). Il est fréquent que l'enfant ait des difficultés à comprendre la notion de « je » et de « tu », donnant des inversions pronominales. La prosodie peut également être altérée, avec des modifications portant sur le ton, le rythme et/ou le volume de la voix (Contejean & Doyen, 2012).

Certains enfants présentant un TSA manifestent une régression des acquis en langage et/ou communication malgré un développement typique au cours de la première année. L'âge de début de cette régression des acquis serait d'en moyenne 19,8 mois (Tan & al., 2020).

Les actes de communication des enfants TSA ne sont que très peu produits à un but social. Ils ont majoritairement pour fonctions des demandes, des régulations de l'environnement ou du comportement (pour une revue de littérature, voir Pereira et al., 2022).

Enfin, une autre particularité de la communication des enfants présentant un TSA sont les comportements-défis. En effet, jusque 50% des enfants porteurs de TSA présentent des « comportements-défis » (Mazurek et al., 2013).

.1.3. Les comportements-défis

Un comportement-défi, aussi appelé comportement problème, désigne un comportement qui représente un danger pour la personne ou pour autrui, qui peut s'aggraver en l'absence d'intervention, et qui rend l'intégration sociale et/ou les apprentissages difficiles. Ils peuvent se présenter sous plusieurs formes : crises de colères, auto ou hétéro-agression, hyperactivité, impulsivité ou manque de réciprocité sociale (Rousseau et al., 2018). Ils sont fréquents chez les enfants porteurs de TSA, et sont des barrières à leur éducation et à leur développement social (Horner et al., 1992, cité par Horner et al., 2002). Ils constituent donc un enjeu important dans la prise en soin orthophonique, d'autant plus de par leur caractère dangereux, à la fois pour le patient et pour son entourage.

Afin de pouvoir intervenir sur les comportements-défis, il paraît essentiel de comprendre le contexte d'apparition de ces comportements. Ainsi, dans une étude consistant à recenser par vidéo les comportements-défis chez 32 enfants porteurs de TSA dans leur école, la plupart des comportements-défis sont apparus pendant une activité académique (Chiang, 2008). Il y avait beaucoup moins de comportements-défis lors du temps libre. On peut alors se demander quelles fonctions les comportements-défis pourraient avoir.

Les enfants porteurs de TSA peuvent avoir recours à des comportements-défis pour communiquer (Prizant & Wetherby, 2005, cité par Chiang, 2008). En outre, l'absence du non dans le langage de l'enfant est un facteur de risque d'hétéro-agressivité (Charfi et al., 2016). Ainsi, l'hétéro-agressivité pourrait être un moyen d'exprimer l'opposition (Charfi et al., 2016). Par ailleurs, en plus du rejet, les comportements-défis peuvent également avoir pour fonction communicationnelle la demande (Chiang, 2008).

De plus, les comportements agressifs sont corrélés avec de mauvaises compétences en communication expressive (Matson & Adams, 2014 ; Chiang, 2008). Ainsi, intervenir sur les déficits socio-communicationnels permettraient de réduire l'occurrence de ces comportements agressifs (Matson et Adams, 2014). Il paraît alors primordial d'offrir à l'enfant un moyen de communiquer pour réduire ces comportements-défis (Charfi et al., 2016).

Les comportements-défis sont donc fortement liés à des difficultés de communication, d'où l'intérêt d'une prise en charge orthophonique. Relever la présence ou non de comportements-défis est donc pertinente dans un outil d'évaluation, tout comme le contexte d'apparition de ces comportements. Dans cette perspective, il convient alors de solliciter l'entourage de l'enfant.

.2. Intérêt de la prise en compte de l'entourage et de l'environnement dans le développement de la communication d'enfants porteurs de TSA

Les comportements-défis sont donc un enjeu dans la prise en charge des TSA. Or, dans la majorité des cas, les comportements-défis sont maintenus par leur « effet fonctionnel » et ne s'éteignent pas spontanément sans intervention (Oliver et al., cité par Horner et al., 2002). Une intervention ciblée sur l'analyse des comportements de l'enfant trouve alors tout son intérêt.

.2.1. L'analyse appliquée des comportements

L'analyse Appliquée des comportements (AAC), aussi appelée Applied Behavior analysis (ABA), est un programme d'intervention comportementale. Il s'appuie sur deux principes : l'intervention sur les stimuli antérieurs au comportement, les antécédents, et l'intervention sur les conséquences des comportements, par l'utilisation de renforçateurs (Bouy & Biesse, 2011 ; Magerotte & Willaye, 2010).

De ce fait, les conséquences d'un comportement déterminent la probabilité future que ce comportement se produise. Si la fréquence d'un comportement augmente suite à une conséquence, on parlera de renforcement. Un renforcement positif se produit suite à la présentation d'un stimulus agréable (appelé « appétitif »), tandis qu'un renforcement négatif se produit suite à la disparition d'un stimulus désagréable (appelé « aversif »). Un bébé qui babille pourra obtenir de la part de sa mère des sourires et des réponses verbales. Le bébé, percevant cette conséquence comme agréable, sera plus enclin à babiller par la suite : il s'agit ici d'un renforcement positif. D'un autre côté, le fait d'enfiler un pull permet d'éliminer la sensation de froid : il s'agit ici d'un renforcement négatif, puisqu'il consiste en la suppression d'un stimulus aversif. En revanche, la punition a pour objectif de diminuer la fréquence future d'un comportement. Elle peut avoir lieu suite à la présentation d'un stimulus aversif (il s'agira alors de punition positive) ou suite à la disparition d'un stimulus appétitif (punition négative). Ici, les notions de conséquence positive ou négative n'ont pas de connotation de valeur : elles indiquent uniquement l'ajout ou la suppression d'un stimulus (Bouy & Biesse, 2011 ; Magerotte & Willaye, 2010).

Un comportement est également influencé par ses antécédents. On distingue les antécédents immédiats des antécédents lointains. Les antécédents immédiats, ou stimuli discriminatifs, engendrent immédiatement un comportement de la part du sujet. Les antécédents lointains, quant à eux, concernent davantage un contexte qui va modifier le pouvoir discriminatif d'un stimulus. Ils sont aussi appelés événements contextuels. Par exemple, la vision d'une pomme ne va pas avoir le même effet sur un individu s'il vient de manger ou s'il a sauté un repas (Magerotte & Willaye, 2010).

Ainsi, l'ABA nous apporte beaucoup d'éléments pour notre analyse des outils d'évaluation dans la revue de littérature. En effet, si les parents rapportent des comportements-défis, il est pertinent de repérer avec eux ce qui s'est passé avant l'apparition du comportement, et quelle a été

leur réaction, afin de déterminer si le comportement-défis a été renforcé par sa conséquence. Inversement, il est intéressant de noter dans quelles conditions apparaissent un comportement adapté. De plus, ces comportements étant liés à des difficultés communicationnelles (Prizant & Wetherby, 2005, cité par Chiang, 2008), croiser ces données avec la communication de l'enfant nous permettra de mettre en évidence des pistes de prise en charge orthophonique. Il est alors pertinent d'analyser si les outils recensés lors de notre revue de littérature s'intéressent au contexte d'apparition des comportements de communication.

.2.2. Le modèle d'intervention précoce de Denver (ESDM)

L'Early Start Denver Model (ESDM), ou modèle d'intervention précoce de Denver, est un moyen d'intervention mis en place par Géraldine Dawson et Sally Rogers aux États-Unis. Il s'agit aujourd'hui d'un des moyens d'intervention avec le plus haut niveau de preuves dans le domaine de l'autisme, et est par ailleurs recommandé par la Haute Autorité de Santé. Il est destiné à de très jeunes enfants, de 12 à 48 mois (Schröder et al., 2015)

L'ESDM tient ses bases théoriques de plusieurs modèles et hypothèses. Tout d'abord, il repose sur le modèle de développement interpersonnel dans l'autisme (Rogers & Pennington, 1997, cité par Schröder et al., 2015), qui suppose qu'un enfant avec TSA a un déficit très précoce de l'imitation. Ce déficit impacterait les interactions précoces entre le parent et son enfant, et aurait également des conséquences sur l'attention conjointe et la communication intentionnelle. La participation des parents lors de la prise en charge paraît alors essentielle. L'ESDM s'appuie également sur l'hypothèse du déficit de la motivation sociale (Dawson et al., 2005, cité par Schröder et al., 2015). L'enfant avec TSA serait alors moins sensible à la motivation et aux gratifications sociales. Il prendrait alors moins en compte les stimuli sociaux comme la voix ou les gestes, et expérimenterait moins d'interactions sociales. Cette perte d'occasion d'apprentissages sociaux creuserait alors encore davantage l'écart de compétences socio-communicationnelles entre lui et les autres enfants (Dawson et al., 2005, cité par Schröder et al., 2015). Enfin, l'ESDM se base également sur l'ABA décrite précédemment et sur le PRT (Pivotal Response Treatment).

L'objectif principal de l'ESDM est de favoriser l'implication sociale de l'enfant tout au long de la journée, afin de permettre à toutes les formes de communication de s'établir et de permettre le développement à travers l'expérience sociale (comme c'est le cas dans un développement typique). L'intervention utilise notamment des routines sensorielles et sociales, marquées par la répétition d'activités comme des comptines ou des jeux de cache-cache, centrées sur l'interaction sociale avec l'enfant. Ce modèle est écologique : il est applicable dans tous les environnements quotidiens de l'enfant (Schröder et al., 2005). Par ailleurs, il existe une version parentale de l'ESDM, appelée P-ESDM (Parent Implemented Early Start Denver Model), qui est davantage centrée sur la formation des parents. Il a pour but d'utiliser les diverses techniques apprises (telles que les routines) dans la vie quotidienne de l'enfant (Jhuo & Shu, 2022)

L'ESDM, de par ses hypothèses fondatrices, est un axe d'analyse pertinent dans notre revue systématique de littérature. La prise en charge précoce, au cœur de ce programme, est par ailleurs un point clé des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS, 2025). La notion d'accompagnement parental, et la nécessité d'une prise en charge écologique de l'enfant avec TSA est également essentielle dans le cadre de notre sujet.

.2.3. L'accompagnement parental

L'ABA et l'ESDM (notamment le P-ESDM) ont tous deux comme point commun l'inclusion des parents dans la prise en charge de l'enfant porteur de TSA. Par ailleurs, l'accompagnement parental à chaque étape du parcours est un point central des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2025). Ces dernières incluent dans leurs principaux objectifs « la généralisation des apprentissages en impliquant les parents dans le développement de leur enfant » (HAS, 2025, p.5). Cette notion d'accompagnement parental, qui se trouve au cœur de notre sujet, sera développée dans cette partie.

On distingue trois notions : la guidance parentale, l'accompagnement parental et le partenariat parental (Montfort, 2010 ; Perichon & Gonnot, 2021). La guidance parentale consiste davantage en une relation parent-professionnel verticale : le thérapeute transmet au parent des connaissances, savoir-être et savoir-faire. Il fixe seul des objectifs et moyens thérapeutiques. L'accompagnement parental consiste à inciter les parents à adopter et à appliquer les techniques présentées en séance pour renforcer leurs compétences parentales. Le professionnel prend en considération les caractéristiques du patient et de son entourage pour fixer les objectifs thérapeutiques. Tandis que le partenariat parental repose sur une relation de confiance réciproque entre le parent et le thérapeute, permettant une co-construction du projet thérapeutique. Ces trois notions sont complémentaires : en fonction des problématiques rencontrées par l'enfant, on pourra utiliser de la guidance, de l'accompagnement ou un partenariat parental (Montfort, 2010 ; Perichon & Gonnot, 2021). Dans le cadre de ce mémoire, c'est la notion d'accompagnement parental que nous retiendrons.

Les parents d'enfants porteurs un TSA mentionnent des besoins spécifiques relatif au trouble de leur enfant. En effet, l'éducation d'un enfant avec TSA demanderait en moyenne 1000 heures de plus d'éducation qu'un enfant neurotypique (Cappe & Poirier, 2016). Dans ce sens, un des enjeux mentionné par les RBPP est de prévenir l'épuisement des aidants (HAS, 2025). Ces besoins peuvent être évalués grâce au FNQ-Fr (Dell'armi et al., 2016), adaptation française du Family Needs Questionnaire.

Bien que l'accompagnement parental présente quelques limites (différences culturelles, barrières langagières, emploi du temps des parents ou difficultés liées aux transports), il présente de nombreux avantages (Bagnato & Neisworth, 2005). Il permet à l'orthophoniste de proposer une prise en charge adéquate, qui sera bénéfique à la fois aux parents et à l'enfant. Ceci s'illustre par la notion de sentiment de compétence parentale (SCP), qui désigne la perception que les parents ont sur leurs compétences à influencer positivement le développement de leur enfant (Bernadat et Wendland, 2021). Un SCP élevé a des conséquences sur la compétence réelle du parent, et influence donc positivement le développement de son enfant. Ainsi, par l'accompagnement parental, le savoir-faire du parent est reconnu et valorisé : le parent reprend confiance en lui, ce qui a des effets directement sur son enfant (Coquet, 2017). L'accompagnement parental est donc un axe essentiel qui doit être présent dans les outils d'évaluations que l'on analysera.

Alors, l'accompagnement parental a un impact positif à la fois sur la qualité de vie des parents et sur la qualité de vie de leur enfant (HAS, 2025). Il permet notamment d'apprendre aux parents d'un enfant porteur de TSA à proposer des interactions les plus adaptées possibles à leur enfant. Cela est essentiel si l'on souhaite mettre en place de la Communication Alternative et Améliorée (Cataix-Nègre, 2017b).

.2.4. La communication alternative et améliorée

La Communication Alternative et Améliorée englobe l'ensemble des moyens, qu'ils soient humains ou techniques, permettant de communiquer différemment ou plus efficacement lorsque les modes de communication habituels ou naturels sont absents ou altérés (Cataix-Nègre, 2017a). Les utilisateurs de CAA n'ont pas de profil type : Ils peuvent être de tout âge, de tout niveau socioéconomique et de toute ethnie (Beukelman et Mirenda, 2017). Ils partagent le besoin d'une aide adaptée pour parler ou écrire, car leurs capacités de communication, qu'elles soient gestuelles, orales et/ou écrites, sont temporairement ou définitivement insuffisantes pour satisfaire tous leurs besoins communicationnels (Beukelman et Mirenda, 2017).

Il existe plusieurs formes de CAA. On distingue la CAA sans aides techniques, qui ne nécessitent pas de matériel (Beukelman et Mirenda, 2017). Dedans, on peut nommer les gestes, les signes, les mouvements du corps, les expressions faciales ou encore les vocalisations. La CAA avec aides techniques recouvre les outils technologiques, comme les contacteurs parlants, les ordinateurs et logiciels ou encore les aides électroniques avec voix de synthèse ou voix enregistrée, et les outils non-technologiques (Beukelman et Mirenda, 2017). Les outils non-technologiques englobent notamment le carnet, l'ardoise, les tableaux (alphabétiques, de syllabes et de mots), et les tableaux ou cahiers de symboles, de photos, d'images ou d'objets.

La mise en place de CAA repose sur certains principes. Premièrement, les compétences langagières d'un enfant tout-venant se développent car il est plongé dans un bain de langage multimodal et multifonctionnel (Cataix-Nègre, 2017b). Dans le cadre de CAA, c'est également le cas : l'enfant utilisant de la CAA apprend par l'interaction (Cataix-Nègre, 2017b). La modélisation, c'est-à-dire l'utilisation du mode de communication par le partenaire de communication dans l'interaction est recommandée, et permet à la personne utilisatrice de CAA d'avoir des exemples d'interactions réussies (Cataix-Nègre, 2017a ; HAS, 2025). Enfin, il est recommandé d'introduire les outils de CAA le plus tôt possible chez l'enfant porteur de TSA, et de s'assurer que le ou les mode(s) de communication sont utilisés dans les différents lieux de vie de l'enfant, ceci permettant une généralisation des acquis dans la vie quotidienne (HAS, 2025).

Alors, la CAA et l'accompagnement parental sont particulièrement pertinent et seront des éléments qui pourront figurer dans un potentiel futur outil d'évaluation. En effet, pour pouvoir mettre en place un accompagnement parental de qualité et pour mettre en place de la CAA, une évaluation complète de l'enfant est nécessaire.

.3. Les différents outils d'évaluation

Ainsi, les informations recueillies jusqu'à présent nous permettent d'analyser le contenu des différents outils que l'on recensera. L'outil idéal consisterait alors en un outil permettant de recenser à la fois les comportements de communication d'un enfant avec TSA et la réaction et l'impact de l'environnement sur le développement de cette communication. Dans cette partie, nous détaillerons les différentes formes possibles que peuvent prendre des outils d'évaluation en orthophonie. Cela nous permettra de choisir des critères d'inclusion et d'exclusion, grâce auxquels nous sélectionnerons des outils d'évaluation proches de nos objectifs.

.3.1. L'évaluation directe et indirecte

En orthophonie, de nombreux outils d'évaluation existent, dans tous les domaines. Ces outils se distinguent par plusieurs critères, l'un d'entre eux étant le type d'évaluation, direct ou indirect. Lors de l'évaluation directe, l'orthophoniste interagit directement avec l'enfant, et utilise des grilles d'observations ou des tests standardisés. En évaluation indirecte, il échange avec les parents du patient ou avec le patient afin de recueillir des informations sur son histoire et son développement (Grevesse, 2015). Ces deux modes d'évaluation ont chacun des avantages et des inconvénients. Dans le cas de l'évaluation directe, l'utilisation d'outils standardisés permet de mesurer les capacités du patient en conditions réelles de manière précise. Cependant, la situation d'évaluation peut être éloignée de la réalité du patient : il se trouve dans un nouvel environnement, et la présence de l'orthophoniste peut être déstabilisante. L'évaluation indirecte, quant à elle, permet de se rapprocher un maximum des capacités et des difficultés que l'enfant présente au quotidien, dans son environnement naturel (Grevesse, 2015). Bien qu'elle puisse présenter un biais lié aux dires des parents, elle permet en outre d'établir un premier contact avec eux, ce qui est particulièrement intéressant dans une visée d'accompagnement parental. C'est pour cette raison que, dans notre revue de littérature, nous nous focaliserons sur des outils d'évaluation indirecte.

L'évaluation indirecte comprend les entretiens, les questionnaires et inventaires parentaux (Grevesse, 2015). Les questionnaires désignent des outils d'évaluation standardisés, remplis directement par l'informateur (Bouvard, 2008). Les entretiens, quant à eux, peuvent se présenter sous trois formes : l'entretien non-directif, dans lequel le patient ou le parent du patient guide entièrement la conversation ; l'entretien semi-directif, où le praticien a une trame de sujets à aborder qu'il intègre spontanément dans la conversation ; et l'entretien directif, qui comprend des questions ordonnées et hiérarchisées (Bénony & Chahraoui, 1999).

.3.2. Les objectifs de l'évaluation

Selon Bagnato et al., 1997 (cité par Rousseau et al., 2012), l'évaluation peut avoir 3 objectifs distincts : un objectif de dépistage, un objectif diagnostique ou un objectif interventionnel.

.3.2.1. L'évaluation à visée de dépistage

L'évaluation à visée de dépistage a pour objectif d'identifier des patients susceptibles de présenter un trouble (Bagnato et al., 1997, cité par Rousseau et al., 2012). Ces derniers sont alors réorientés vers des examens complémentaires pour approfondir l'évaluation. Dans le domaine de l'autisme, nous pouvons notamment citer le Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (Robins et al., 2001), qui permet d'identifier des atteintes développementales caractéristiques des enfants porteurs de TSA entre 18 et 24 mois. Des données telles qu'un manque d'intérêt envers les autres enfants, un déficit concernant le pointage ou le jeu de faire semblant sont récoltées par un entretien avec les parents et par une observation du thérapeute. Les outils de dépistage ont l'avantage d'être rapides et simples d'utilisation : ils permettent d'obtenir une vision globale des capacités de l'enfant. Néanmoins, ils demeurent insuffisants pour poser un diagnostic ou établir des axes de prise en charge.

.3.2.2. L'évaluation à visée diagnostique

D'autres outils ont pour but de participer à la pose d'un diagnostic. Dans le cadre des TSA, ces outils s'appuient sur les classifications internationales comme le DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023). Nous pouvons notamment donner l'exemple de l'Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) (Lord et al., 1994), qui consiste en un entretien parental semi-structuré d'une heure trente (pour la version courte) à quatre heures (pour la version longue). Cet outil contient 93 questions portant sur l'environnement familial, le développement précoce, le langage et la communication, le développement social, le jeu, les intérêts et les comportements généraux. Ces outils ont généralement une durée de passation plus longue, et ont l'avantage d'être plus précis sur les symptômes du patient.

.3.2.3. L'évaluation à visée interventionnelle

Les outils à visée interventionnelle ont, quant à eux, pour principal objectif de connaître les besoins et caractéristiques personnelles de l'enfant afin de proposer une intervention adaptée (Bagnato et al., 1997, cité par Rousseau et al., 2012).

Notons que ces notions d'objectif de dépistage, de diagnostic et d'intervention ne s'excluent pas entre eux. En effet, certains outils peuvent avoir un objectif à la fois diagnostique et interventionnel, ou avoir un objectif diagnostique tout en disposant d'une version courte permettant le dépistage. Dans le cadre de ce mémoire, ce sont les outils à visée interventionnelle qui nous intéressent tout particulièrement, et que l'on analysera donc dans la suite de cet écrit.

Méthode

Ce mémoire consiste en une revue systématique de la littérature. Cette revue vise à répondre à la question suivante : Quels sont les outils d'évaluation d'entretien semi-directif à visée interventionnelle existant, dans une optique d'accompagnement parental, afin de recenser les moyens de communication des enfants porteurs de TSA de zéro à douze ans ? Le but de cette revue systématique de la littérature est donc de recenser des outils d'évaluation. Par la suite, si cette revue de littérature met en évidence qu'aucun outil répondant à nos objectifs n'existe, le besoin de l'élaboration d'un nouvel outil sera justifié.

.1. Recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée à l'aide de deux bases de données informatisées complémentaires : Embase et Web of Science. Les mots clés ont été combinés pour former l'équation de recherche suivante : (assessment) AND (communication) AND ((autism) OR (Autism Spectrum Disorder) OR (ASD)) AND ((parent) OR (parental support)) AND ((interview) OR (parent report)). La recherche a été effectuée le onze novembre 2024.

.2. Procédure de sélection

La sélection a été effectuée en deux phases : une sélection des articles obtenus lors de la recherche documentaire, puis une sélection des outils d'évaluation mentionnés dans les articles.

.2.1. Sélection des articles

Afin de sélectionner des articles pertinents, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis. Nous n'avons pas fixé de borne temporelle, afin d'avoir davantage de résultats. Les critères d'inclusion des articles étaient les suivants : (1) Les documents sélectionnés présentent un ou plusieurs outils d'évaluation. Il peut s'agir notamment d'études concernant les propriétés psychométriques d'un outil, ou d'articles recensant plusieurs outils d'évaluation. (2) La population d'étude concerne au moins en partie des enfants porteurs de TSA ayant entre zéro et douze ans. (3) Le document est en français ou en anglais, ou dispose d'une traduction en français ou en anglais.

.2.2. Sélection des outils

Les articles obtenus décrivaient alors un ou plusieurs outil(s) d'évaluation. Les outils présents dans ces articles ont été recensés, puis sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants : (1) L'outil d'évaluation permet de recenser la communication de l'enfant et/ou s'intéresse à l'environnement ou l'entourage de l'enfant ; (2) L'outil d'évaluation permet d'évaluer des enfants porteurs de TSA entre zéro et douze ans ; (3) L'outil est un outil d'évaluation indirecte ; (4) Il s'agit d'un outil d'évaluation diagnostique et/ou interventionnel. Ainsi, furent exclus les outils exclusivement de dépistage, les outils conçus exclusivement pour des personnes de plus de 12 ans, les outils qui ne concernaient pas les enfants porteurs de TSA, les outils qui ne permettaient pas d'évaluer la communication et les outils d'évaluation directe.

Suite à cette première sélection, 26 outils ont été obtenus ; mais certains outils obtenus étaient encore trop éloignés de nos objectifs. Une deuxième phase de sélection a donc été effectuée. Les outils exclus répondaient aux critères d'exclusion suivants : (1) L'outil concerne le langage élaboré ; (2) L'outil n'évalue pas la communication spécifiquement ; (3) L'outil est un outil diagnostique uniquement, et ne répond pas aux caractéristiques d'un outil interventionnel.

.2.3. Inclusion d'articles supplémentaires

Afin de pouvoir exclure ou inclure les différents outils obtenus, il a été nécessaire de rechercher des informations supplémentaires sur ces outils. Pour cela, nous avons utilisé le « Backward citation tracking ». Pour les outils pour lesquels nous n'avons pas assez d'informations, nous avons consulté la source à partir de la bibliographie des articles que nous avons lus. Des articles supplémentaires ont donc été ajoutés aux articles initialement sélectionnés.

.3. Analyse des outils inclus

Les outils inclus dans l'étude ont été analysés à l'aide des critères de qualités des outils interventionnels définis par Bagnato et Neisworth (2005). Ces derniers sont décrits dans un contexte d'évaluation et d'intervention précoce, en lien avec la petite enfance. Ainsi, selon eux, un outil interventionnel de qualité doit remplir les caractéristiques suivantes :

- **Utilité** : L'outil doit pouvoir détecter les difficultés recelées chez l'enfant. Il doit permettre de planifier des interventions individualisées, de suivre les progrès par le biais d'évaluations régulières et répétées, et de mesurer l'efficacité des programmes.
- **Acceptabilité** : Les méthodes et les supports d'évaluation doivent faire l'objet d'un accord mutuel entre les familles et les professionnels. L'évaluation doit permettre de détecter les changements de comportement perceptibles par les personnes qui s'occupent de l'enfant à la maison et dans l'environnement de la petite enfance. L'acceptabilité est un aspect du concept plus large de « validité sociale ».
- **Authenticité** : L'évaluation doit être au plus près du quotidien de l'enfant. Pour obtenir des informations réalistes quant aux compétences de l'enfant, il est préférable de l'observer dans son milieu naturel (via des échelles d'observation) ou d'interroger les proches de l'enfant (via des trames d'entretien ou des questionnaires).
- **Collaboration** : Ce terme renvoie à l'alliance thérapeutique. En effet, l'évaluation se doit d'être effectuée en lien entre les familles et les professionnels. Il en est de même pour les décisions thérapeutiques. Pour ce faire, les termes employés doivent être suffisamment clairs et précis pour qu'une personne non-spécialisée dans le domaine puisse comprendre de quoi il s'agit.
- **Convergence** : Pour que les informations que l'on obtient sur l'enfant soient les plus fiables possibles, il est pertinent de croiser les observations de plusieurs personnes faisant partie du quotidien de l'enfant. Ainsi, l'observation répétitive d'un comportement par plusieurs personnes (enseignants, autres professionnels de santé et parents) sera davantage fidèle.
- **Équité** : L'évaluation doit tenir compte des différences individuelles. Ainsi, le matériel utilisé doit pouvoir tenir compte des caractéristiques sensorielles, affectives et culturelles de l'enfant. Par exemple, on ne va pas utiliser un matériel imprimé standard avec un enfant malvoyant.
- **Sensibilité** : L'instrument doit être suffisamment précis pour détecter des progrès, même les plus minimes. De nombreux instruments conventionnels ne comportent pas un nombre suffisant d'éléments pour permettre une mesure sensible du progrès.
- **Congruence** : Le matériel et la méthode d'évaluation doivent être adaptés au public évalué. Dans notre cas, le matériel et la méthode utilisés doivent être adaptés aux spécificités que l'on retrouve chez les enfants porteurs de TSA.

Ainsi, ces huit caractéristiques ont été relevées et analysées pour tous les outils inclus dans l'étude.

Résultats

Cette partie consistera à présenter en premier lieu les résultats obtenus d'un point de vue quantitatif. Ensuite, les quatre outils inclus seront décrits, puis analysés à travers plusieurs dimensions.

.1. Résultats quantitatifs

Au total, 434 articles ont été obtenus dans la base de données Embase et 203 articles ont été obtenus dans la base de données Web of Science. Ci-dessous est présenté un diagramme de flux afin de synthétiser le processus de sélection des articles (Figure 1).

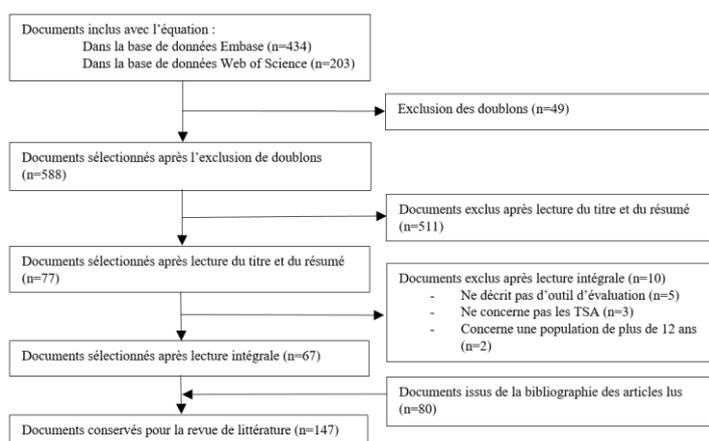


Figure 1: Diagramme de flux présentant la sélection des articles.

A partir des articles sélectionnés, 130 outils d'évaluation ont été identifiés. Ils ont été soumis à un processus de sélection en deux étapes. Au final, quatre outils d'évaluation ont été retenus. Ce processus est représenté par un deuxième diagramme de flux (Figure 2). Par ailleurs, le détail des outils d'évaluation écartés lors des première et deuxième phases est listé respectivement en Annexe 2 et 3. En outre, la bibliographie des outils exclus figure uniquement en annexe, afin de ne pas alourdir la bibliographie principale de cet écrit avec des sources non mentionnées dans le corps du texte.

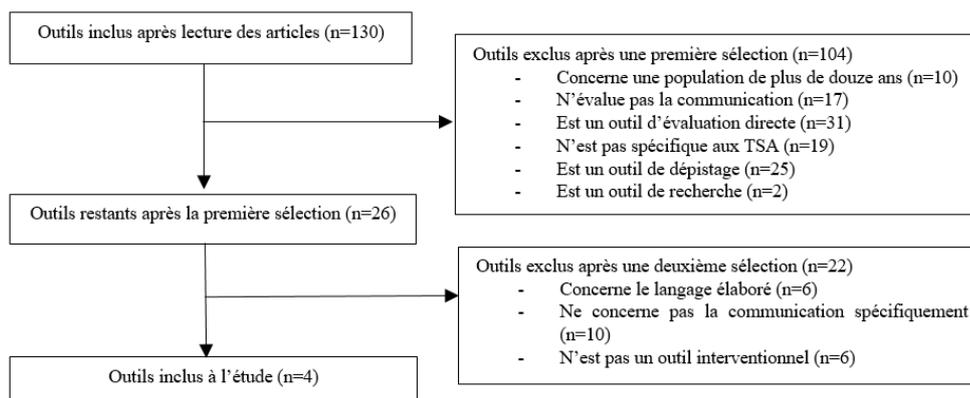


Figure 2: Diagramme de flux présentant la sélection des outils d'évaluation.

.2. Description des outils inclus dans l'étude

Ainsi, quatre outils d'évaluation ont été obtenus. Ces quatre outils sont présentés brièvement dans le Tableau 1. Tous les outils obtenus, conformément à nos critères d'inclusion, sont des outils d'évaluation indirecte, permettant d'évaluer la communication chez des enfants porteurs de TSA, dans le but d'orienter l'intervention de l'enfant. La suite de cette section consistera à décrire plus en détail chacun des outils obtenus.

Tableau 1: Description générale des outils inclus dans l'étude.

Nom de l'outil	Âge	Temps d'administration	Forme de l'outil	Langue	Source
ABI (Autism Behavior Inventory)	A partir de 3 ans.	De 30 à 60 minutes.	Questionnaire.	Anglais.	Bangerter et al. (2017a)
IPCA (Inventory of Potential Communicative Acts)	De 1 à 6 ans.	De 45 minutes à 1 heure.	Trame d'entretien semi-directif.	Anglais.	Sigafoos et al. (2000)
LVIS (Low Verbal Investigatory Survey)	De 1 à 8 ans.	5 minutes.	Questionnaire.	Anglais.	Naples et al. (2022)
Profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA	A partir de l'enfant d'âge pré-scolaire.	1 à 3 heures.	Trame d'entretien semi-directif.	Anglais et français.	Martin et al. (2024)

.2.1. L'ABI (Autism Behavior Inventory)

L'ABI (Autism Behavior Inventory) est un questionnaire visant à mesurer l'évolution des symptômes du TSA au fil du temps (Bangerter et al., 2017a). Il peut être complété par les parents ou un aidant de l'enfant. L'informateur complète une échelle de Likert sur la fréquence (jamais, parfois, souvent, très souvent) ou la qualité d'un comportement (pas du tout, avec support, avec des rappels, sans aide). Il est demandé à l'informateur de tenir compte uniquement des comportements observés les sept derniers jours précédant l'administration du questionnaire.

Cet outil recouvre cinq domaines du comportement : la communication sociale (incluant la communication verbale, la communication non verbale et la réciprocité), les comportements restreints et répétitifs (avec la résistance au changement, les intérêts restreints, les comportements stéréotypés et l'hypersensibilité), l'humeur et l'anxiété, l'auto-régulation ainsi que les comportements défis. Dans cet écrit, nous nous focaliserons sur les parties de l'outil visant à évaluer la communication sociale et les comportements défis.

.2.2. L'IPCA (Inventory of Potential Communicative Acts)

L'IPCA (Inventory of Potential Communicative Acts) (Sigafoos et al., 2000) est un outil qui permet d'évaluer les actes potentiels de communication (« Potential Communicative Acts », ou PCA) (Sigafoos et al., 2000). Ces actes correspondent aux comportements de l'enfant que son entourage interprète comme une forme de communication, indépendamment de l'intention réelle de l'enfant.

L'intérêt de cet outil ne réside pas dans la recherche d'une intention communicationnelle consciente, mais dans l'identification de comportements perçus comme tels par les proches de l'enfant. En effet, chez les enfants en développement typique, la communication émerge souvent à partir de comportements initialement non intentionnels. Ces comportements, renforcés par les réactions de l'environnement, deviennent progressivement intentionnels. Ainsi, l'IPCA vise à recenser les comportements interprétés comme communicatifs, même s'ils ne le sont pas encore de

manière intentionnelle. L'idée est que ces comportements, en suscitant des réactions dans l'entourage, peuvent progressivement devenir des moyens de communication délibérés. Ces PCA peuvent prendre différentes formes : vocalisations, mouvements corporels, expressions faciales, respiration, comportements défis, mouvements stéréotypés, mots, signes, ou encore utilisation de CAA.

L'objectif principal de l'IPCA est donc de recueillir ces PCA selon la fonction de communication exprimée par l'enfant. Les dix fonctions de communication que cet outil permet de décrire sont l'utilisation de convention sociale, l'attention à soi, le rejet ou la protestation, la demande d'un objet, la demande d'une action, la demande d'informations, le commentaire, le choix, la réponse à une question et l'imitation.

L'outil contient une série de 53 questions organisées grâce aux dix fonctions de communication. Pour chaque fonction de communication sont présentés plusieurs items. Par exemple, pour la fonction de communication « convention sociale », les items sont « saluer », « faire ses adieux », « réagit à son nom » et « autres ». Pour chaque item, le répondant doit indiquer un ou plusieurs comportement(s) utilisé(s) par l'enfant, puis fournir un exemple de situation concrète lors de laquelle l'enfant produit ce comportement.

Le répondant peut être un parent de l'enfant, un enseignant, un thérapeute (le terme « thérapeute » fait ici référence à un psychologue, un kinésithérapeute ou un orthophoniste), ou toute autre personne étant proche de l'enfant.

.2.3. Le LVIS (Low Verbal Investigatory Survey)

Le LVIS (Low Verbal Investigatory Survey) (Naples et al., 2022) est un questionnaire à destination des parents. Il se distingue des autres outils par la notion de « minimally verbal » (peu verbal). En effet, selon les auteurs, la plupart des études décrivent les enfants « peu verbaux » en fonction du nombre de mots qu'ils produisent. Or, le nombre de mots produits par un enfant ne permet pas de rendre compte dans quelle mesure il utilise ces mots pour communiquer, ou quels autres moyens de communication sont mis en place au quotidien. Par ailleurs, les outils existants permettant de recueillir la communication multimodale d'enfants peu verbaux ne sont pas spécifiques aux particularités communicationnelles atypiques que l'on retrouve chez les enfants porteurs de TSA. L'outil consiste donc à décrire comment l'enfant peu verbal communique, en rendant compte de la multimodalité de la communication, et des productions parfois atypiques des enfants porteurs de TSA (comme les écholalies ou les idiosyncrasies).

Ce questionnaire comporte des questions, auxquelles les parents doivent répondre par oui ou non (ex. « Est-ce que votre enfant utilise des sons pour communiquer des messages spécifiques avec vous ? »). Chaque question concerne un comportement de communication. Les composantes évaluées par cet outil sont :

- La production du discours : babillage, mot, combinaison de mots.
- Les formes alternatives de communication : gestes, pointage proto-déclaratif ou proto-impératif.
- La présence d'un discours inhabituel : répétition rapide de sons, voix monotone, voix très aiguë, grave ou chantée, écholalie, stéréotypie verbale, idiosyncrasie.
- Les sons et mots produits : répertoire consonantique, nombre de mots compris, nombre de mots produits.

- La compréhension : réaction au prénom, exécution de consignes sans gestes, exécution de consigne avec geste, exécution d'ordre multiple.
- La lecture : reconnaissance des lettres/des chiffres, lecture à voix haute, écriture de mots.
- La présence d'une régression des compétences.

.2.4. Le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA

Le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA (ou en anglais Pragmatic Profile for People who Use AAC) (Martin et al., 2024) est une trame d'entretien semi-directif. C'est une adaptation du Pragmatic Profile of Everyday Communication Skills (Dewart & Summers, 1995). Les deux outils sont disponibles gratuitement en ligne.

Il permet d'explorer les contraintes que différents environnements et partenaires de communication peuvent imposer au système de communication d'une personne. Ainsi, dans les consignes de passation de l'outil, les auteurs nous encouragent à l'utiliser auprès de plusieurs personnes dans l'entourage de l'enfant, afin de mettre en évidence des éventuelles différences dans la communication de l'enfant selon les partenaires communicatifs. Il est composé de plusieurs sections.

La première section permet d'établir le contexte et la motivation de l'enfant. Dans cette partie, l'évaluateur peut renseigner ce que l'enfant aime et n'aime pas, et les personnes et les lieux clés du quotidien du patient.

Une deuxième partie permet de renseigner les raisons de communiquer et les réactions à la communication. Cette section permet d'indiquer, pour chaque fonction de communication, les comportements de communication employés par l'enfant. Les fonctions que l'outil permet de recenser sont les suivantes :

- Obtenir l'attention pour la communication (intérêt pour l'interaction, attirer l'attention de la personne, compréhension des gestes, attirer l'attention pour préparer une interaction).
- Diriger l'attention (attirer l'attention sur soi-même, attirer l'attention sur un évènement ou une action, attirer l'attention sur un objet, attirer l'attention sur d'autres personnes).
- Demander (réclamer une personne, demander la répétition, demander de l'aide, demander un objet, répondre à une demande directe d'action, demander un évènement ou une action, demander une information, répondre à une demande d'information, demander la confirmation d'une information, comprendre les demandes indirectes).
- Rejeter (rejeter une personne, rejeter un objet, rejeter un évènement ou une action ou une tâche, rejeter de l'aide, protester, répondre au « non », négocier, répondre à la négociation).
- Nommer (nommer un objet, nommer une action ou un évènement).
- Commenter (commenter sur l'existence de personnes, d'objets ou d'évènements, commenter sur l'inexistence de personnes, d'objets ou d'évènements, commenter sur une caractéristique dans le contexte immédiat).
- Donner des informations (donner des informations sur soi-même, sur autrui ou des évènements, pour orienter autrui ou ses actions).
- Poser des questions (utilisant « qui ? », « quoi ? », « où ? », « quand ? », « pourquoi ? », « comment ? »).

Une troisième partie permet de renseigner les variations contextuelles. Ainsi, on peut indiquer si les comportements de communication changent en fonction de la personne avec qui le patient est,

en fonction des lieux où il se trouve, en fonction des moments de la journée et en fonction des sujets de l'interaction.

Une quatrième section est dédiée à la participation à la conversation. Il permet d'indiquer quelles stratégies le patient emploie, notamment pour réparer ou signaler une rupture de la conversation, pour demander une clarification et pour maintenir une interaction ou une conversation pendant plus de deux tours. Il permet également de recenser l'utilisation de l'étiquette sociale, comme les formules de salutation et d'adieu, les conventions sociales, et la compréhension et la formulation de blagues.

Enfin, à la fin de l'outil, un tableau récapitulatif permet de croiser les fonctions de communication (en ligne) et les comportements de communication utilisés par l'enfant (en colonne). Il permet également de différencier les comportements qui ne sont compris que par les familiers et ceux qui sont compris par tous les interlocuteurs de l'enfant. Ce tableau est très utile pour avoir une vision globale de la communication de l'enfant.

.3. Analyse et comparaison des outils

Les outils ont été comparés à travers plusieurs dimensions : la personne interrogée par l'outil, les moyens de communication recensés dans chaque outil, les fonctions de communication et la qualité des outils d'intervention.

.3.1. Les personnes interrogées selon les outils

Dans le contexte théorique, les notions de guidance parentale, d'accompagnement parental et de partenariat parental ont été définies. Or, l'analyse des outils a permis de mettre en évidence que les parents ne sont pas les seules personnes interrogées. D'autres personnes impliquées dans le quotidien de l'enfant, comme les enseignants ou les thérapeutes peuvent également fournir des informations pertinentes. Le Tableau 2 permet de recenser les différents informateurs pouvant être consultés en fonction de l'outil. On constate que les parents sont sollicités dans chaque outil. En outre, pour trois outils (l'ABI, le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA et l'IPCA) la ou les personne(s) interrogée(s) peuvent être un informateur autre qu'un des parents.

Il est nécessaire de préciser que dans ce tableau, le terme « aidant » est une traduction du terme « caregiver » utilisé dans l'ABI. En effet, dans l'ABI, il n'y a pas de précision concernant les personnes pouvant être considérées comme « aidants ». On pourrait imaginer que ce terme engloberait les enseignants, professionnels de santé, et autres proches de l'enfant, mais ceci n'étant pas précisé, une ligne indépendante a été créée dans le tableau.

Tableau 3 : Comparaison des informateurs interrogés selon les outils.

	ABI	IPCA	LVIS	Le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA.
Parent(s)	X	X	X	X
Enseignant(s)		X		X
Professionnel(s) de santé		X		X
Aidant(s)	X			

.3.2. Comparaison des comportements de communication recensés dans chaque outil

Tous les outils permettent de recenser des comportements de communication. Le Tableau 3 permet de comparer les actes de communication utilisés en fonction de l'outil. Pour faciliter leur analyse, ces comportements ont été regroupés dans des catégories. Un tableau plus complet décrivant le détail des comportements présents dans chaque outil est disponible en Annexe 4.

Tableau 3 : Comparaison des comportements de communication mentionnés selon les outils.

	ABI	IPCA	LVIS	Profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA
Vocalisations (sons ; babillage ; cris ; grognements ; pleurs ; gémissements ; rires).	X	X	X	X
Mouvements corporels (rapprochement ; éloignement ; tension corporelle ; remuement ; toucher ou pousser un objet ; pointage).	X	X	X	X
Mouvements du visage et des yeux (expressions faciales ; pincement des lèvres ; contact oculaire ; ouverture et fermeture des yeux ; mouvements oculaires ; orientation du regard).	X	X		X
Respiration (rapide ; lente ; blocage de la respiration ; déglutition ; soupir ; souffle).		X		
Comportements défis (agression ; crise de colère ; auto-mutilation ; destruction d'objets).	X	X		X
Formes de communication symboliques (discours ; signes ; gestes ; hochements de tête ; pointage oculaire ; utilisation de CAA).	X	X	X	X
Formes atypiques de communication (répétition rapide de sons ; voix monotone ; voix aiguë, grave ou chantée ; écholalie ; stéréotypies verbales ; idiosyncrasies).	X		X	
Compréhension (réaction au prénom ; exécution de consignes sans gestes ; exécution de consignes avec gestes ; exécution d'ordres multiples).	X		X	X
Régression des acquis			X	

Concernant ce tableau, il convient d'apporter quelques précisions. Pour l'ABI et le LVIS, les personnes interrogées devaient indiquer la présence, la qualité ou la fréquence d'un comportement. Les items consistaient donc en une liste fermée : si les personnes interrogées voyaient d'autres comportements non mentionnés par l'outil, l'outil ne permettait pas d'ajouter ces comportements. Les éléments notés dans ce tableau sont donc les seuls éléments liés à la communication pouvant être relevés par ces deux outils. Tandis que pour l'IPCA et le profil pragmatique des personnes utilisant la CAA, les personnes interrogées peuvent dire tous les comportements qu'elles ont observés. Il s'agit de questions ouvertes. Une liste de comportements est disponible dans chaque outil à titre d'exemple. C'est à partir de cette liste que les tableaux ont été complétés, mais il est important de garder à l'esprit que tout comportement peut être relevé à partir du moment où il est mentionné par la personne interrogée.

Par ailleurs, le LVIS comporte d'autres items en lien avec la lecture (reconnaissance des lettres et des chiffres, lecture à voix haute et écriture de mots). Ces éléments n'ont pas été ajoutés à ce tableau car ils relèvent plutôt des apprentissages et moins de la communication à proprement parler.

D'un point de vue quantitatif, l'ABI permet de recenser 13 comportements en lien avec la communication, et le LVIS permet d'en relever 18. L'IPCA fournit quant à lui 35 exemples de comportements, que le répondant peut compléter par d'autres comportements non mentionnés dans l'outil. Le profil pragmatique pour les personnes utilisant de la CAA propose environ 22 comportements, sachant que le répondant peut ajouter des comportements non mentionnés.

.3.3. Utilisation des fonctions de communication

Parmi les quatre outils inclus dans l'étude, deux d'entre eux permettent une évaluation des fonctions qui sous-tendent un comportement de communication. Il s'agit de l'IPCA et du profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA. Le Tableau 4 permet de comparer les fonctions de communication évaluées par ces deux outils.

On peut constater que le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA propose des fonctions de communication beaucoup plus détaillées que l'IPCA. Les fonctions présentes uniquement dans l'IPCA sont « faire un choix » et « imitation ». Les fonctions présentes uniquement dans le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA sont « nommer » et « poser des questions ». Dans le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA, les conventions sociales sont présentes, mais se trouvent dans une autre partie (dans la partie « participation à la conversation »).

Tableau 4 : Comparaison des fonctions de communication évaluées dans l'IPCA et dans le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA.

Fonctions de communication	IPCA	Profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA
Demande et réponses	Demander un objet (objet, aliment, télévision ou musique) ; demander une action (aide pour un jeu, aide pour s'habiller, aide pour aller aux toilettes, demander à quelqu'un de venir) ; demander des informations (nom d'un objet, clarification) ; réaction quand une personne parle ; indiquer oui ou non en réponse à une question.	Réclamer une personne ; demander la répétition ; demander de l'aide ; demander un objet ; répondre à une demande directe d'action ; demander un évènement ou une action ; demander de l'information ; répondre à une demande d'information ; demander la confirmation d'une information ; comprendre les demandes indirectes.
Rejeter / protester	Réaction face à une perturbation de la routine ; réaction quand on demande à l'enfant de faire une action qu'il n'a pas envie de faire ; réaction quand il n'aime pas quelque chose ; réaction quand une nourriture favorite est enlevée ; réaction si un adulte arrête d'interagir avec lui.	Rejet d'une personne ; rejet d'un objet ; rejet d'un évènement, d'une action ou d'une tâche ; rejet de l'aide ; protestation ; réponse au « non » ; négociation ; réponse à la négociation.
Obtenir et diriger l'attention	Avoir l'attention des autres ; chercher le confort ; se mettre en valeur ; rechercher les câlins ou les chatouilles.	Intérêt pour l'interaction ; attirer l'attention de la personne ; compréhension des gestes ; attirer l'attention pour préparer une interaction ; attirer l'attention sur soi-même ; attirer l'attention sur un évènement ou une action ; attirer l'attention sur un objet ; attirer l'attention sur d'autres personnes.
Commenter, donner des informations	Exprimer la joie ; la tristesse ; l'ennui ; l'amusement ; l'étonnement ; la douleur ou l'inconfort physique ; la fatigue.	Donner des informations sur soi-même, sur autrui ou des évènements ; donner des informations pour orienter autrui ou des actions ; commenter sur l'existence de personnes, d'objets ou d'évènements ; commenter sur l'inexistence de personnes, d'objets ou d'évènements ; commenter sur une caractéristique dans le contexte immédiat
Fonctions de	IPCA	Profil pragmatique pour les

communication		personnes utilisant de la CAA
Convention sociale	Saluer les autres ; réponse au prénom	Utiliser les formules sociales de salutation et d'au revoir ; se conformer aux conventions sociales ; raconter des blagues ; répondre aux blagues.
Faire un choix	Choisir entre deux objets ou plus ; choisir ce qu'on veut faire ; choisir quand commencer ou arrêter une activité.	NR
Nommer	NR	Nommer un objet, une action ou un évènement.
Imitation	Imiter un hochement de tête pour dire oui ou non ; imiter le discours de quelqu'un d'autre ; pointage ; hausser les épaules	NR
Poser des questions	NR	Poser des questions utilisant « Qui ? » ; « Quoi ? » ; « Où ? » ; « Quand ? » ; « Pourquoi ? » ; « Comment ? »

Note. NR : Donnée non renseignée.

.3.4. Analyse des outils à l'aide des critères de qualité des outils interventionnels

Pour analyser la qualité de nos quatre outils interventionnels, nous avons utilisé les huit critères de qualité d'outils interventionnels (Bagnato & Neisworth, 2004). Ces derniers comprennent l'utilité, l'acceptabilité, l'authenticité, la collaboration, la convergence, l'équité, la sensibilité et la congruence. Ils sont détaillés dans la partie méthodologie. Le Tableau 5 permet de détailler les critères présents ou absents dans chacun des outils.

Il est intéressant de noter que le critère d'utilité permet de rendre compte de deux dimensions d'un outil interventionnel : la capacité à planifier une intervention d'une part, et la capacité de l'outil à mesurer l'efficacité de l'intervention d'autre part. Pour faciliter la lecture du tableau, ce critère a donc été scindé en deux lignes.

Tableau 5 : Comparaison des quatre outils à l'aide des critères de qualité d'un outil interventionnel (Bagnato & Neisworth, 2005)

	ABI	IPCA	LVIS	Le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA
Utilité : planifier une intervention.	-	+	+	+
Utilité : mesurer l'efficacité de l'intervention.	+	NR	NR	NR
Acceptabilité.	+	NR	+	NR
Authenticité.	+	+	+	+
Collaboration.	+	+	+	+
Convergence.	-	+	-	+
Équité.	NR	NR	NR	NR
Sensibilité.	+	NR	NR	NR
Congruence.	+	+	+	+

Notes. + : Critère présent ; - : Critère absent ; NR : Donnée non renseignée.

Discussion

.1. Remarques concernant l'analyse des outils

.1.1. Langue de publication des outils

Avant de s'intéresser à l'interprétation du contenu des outils, il convient de s'intéresser à leur forme. Parmi les quatre outils que nous avons retenus, les quatre ont été rédigés en anglais. Seul le Profil Pragmatique des Personnes Utilisant de la CAA a été traduit en français. Ainsi, ce mémoire pourra mettre en évidence soit qu'il existe déjà un outil correspondant à nos objectifs disponibles en français ; soit qu'un tel outil existe, mais ne dispose pas de traduction française ; soit qu'un tel outil n'existe pas.

.1.2. Les questionnaires et les trames d'entretien semi-directif

Dans notre revue de littérature, un de nos critères d'inclusion stipulait que l'outil devait être une forme d'évaluation indirecte, ce qui englobe les questionnaires et les entretiens (qui peuvent être directs, semi-directifs ou non directs). Dans nos quatre outils inclus, deux d'entre eux sont des questionnaires et les deux autres sont des entretiens semi-directifs. Quelle forme d'évaluation serait la plus adaptée à notre sujet ? La suite de cette partie consistera en la comparaison de ces deux modes d'évaluation, en exposant les avantages et inconvénients de chacun.

Dans notre revue, l'ABI et le LVIS sont des questionnaires. Ce type d'outil a l'avantage d'être court à administrer et à coter (Glass & Arnkoff, 1997), comme en témoigne le LVIS qui met environ cinq minutes à être complété. Toutefois, ils sont plus rigides que les entretiens semi-directifs ; ils comportent un nombre d'items restreints, qui peuvent ne pas convenir à tous les individus (Glass & Arnkoff, 1997). Or, les comportements de communication peuvent revêtir tellement de formes qu'il paraît presque impossible d'être complètement exhaustif. Pour ce qui est de l'ABI et du LVIS, ces

derniers comportent un nombre restreint d'items, pour lesquels l'adulte doit indiquer si l'item (le comportement) est présent ou non. Alors, utiliser un questionnaire tel que ceux-ci dans un contexte d'évaluation interventionnelle, dont le but est d'être au plus près de la communication quotidienne de l'enfant, n'est peut-être pas le plus adapté. Une solution à ce problème pourrait être d'ajouter des cases que l'informateur pourrait compléter librement. Ainsi, les comportements non mentionnés dans l'outil pourraient tout de même être mentionnés par l'informateur. En outre, pour mettre en place une intervention efficace, le partenariat parental (avec l'interlocuteur) est particulièrement important. Or, le questionnaire offre moins d'occasions d'établir un lien de confiance avec notre interlocuteur, qui est pourtant essentiel au bon déroulement de l'intervention orthophonique. Toutefois, cette relation thérapeutique pourra s'établir au fil des séances.

En ce qui concerne les entretiens semi-directifs, le praticien dispose d'une trame d'entretien, grâce à laquelle il sait quels thèmes aborder et quelles questions poser (Sauvayre, 2021). C'est au professionnel de choisir le moment opportun pour aborder certains thèmes ou certaines questions (Bénony & Chahraoui, 2020). Ainsi, la trame d'entretien semi-directif permet de garder une certaine spontanéité : le praticien rebondit sur les dires de son interlocuteur, et choisit à sa guise d'approfondir certains sujets quand cela est nécessaire. Par conséquent, l'entretien semi-directif a pour avantage de permettre le développement d'une confiance mutuelle entre l'évaluateur et l'informateur, puisque ces derniers sont davantage impliqués dans une interaction réciproque plutôt que dans un interrogatoire à sens unique (Kallio et al., 2016). Par ailleurs, en ce qui concerne l'évaluation de la communication, les réponses peuvent varier d'un individu à l'autre ; l'entretien semi-directif permet de recueillir une grande diversité des comportements de communication. Ce mode d'administration a pour limite la subjectivité ; en effet, elle dépend de la mémoire et des connaissances des personnes interrogées. Pour diminuer ce biais, l'évaluateur pourrait interroger plusieurs personnes présentes dans le quotidien de l'enfant. Ceci est d'ailleurs mentionné et recommandé par les deux entretiens semi-directifs de cette revue, soit l'IPCA et le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA. D'autre part, comme l'évaluateur dispose d'une certaine flexibilité et liberté, la qualité de l'évaluation pourrait dépendre de l'évaluateur qui utilise l'outil ; un même parent n'aurait pas le même échange avec deux évaluateurs différents. Pour limiter ces différences, le descriptif de l'outil et des consignes d'utilisation se doivent d'être suffisamment précis pour que les informations recueillies ne divergent pas beaucoup en fonction de l'évaluateur. Concernant l'IPCA et le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA, ils ont tous deux des consignes détaillées pour une bonne utilisation de l'outil.

Alors, les questionnaires peuvent s'avérer pertinents dans certains contextes d'évaluation. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer la communication chez les enfants porteurs de TSA, ce mode d'évaluation semble moins approprié. Les entretiens semi-directifs paraissent plus adaptés car ils permettent d'aborder tous les thèmes souhaités par le praticien, tout en conservant une certaine spontanéité dans la conversation. Ainsi, si l'on se focalise sur la forme de l'outil, l'IPCA et le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA semblent être les outils les plus pertinents.

.1.3. La place des parents et des aidants

Ce mémoire s'inscrit dans une visée d'accompagnement parental. Or, nous avons vu à travers les quatre outils inclus dans notre étude que les parents n'étaient pas les seuls interlocuteurs potentiels de l'orthophoniste. En effet, seul le LVIS s'adresse uniquement aux parents. Les trois autres outils s'adressent également aux enseignants, mais aussi aux autres professionnels gravitant

autour de l'enfant et aux membres de la famille. Dans ce cas, est-il toujours pertinent de parler « d'accompagnement parental » ?

Plusieurs outils utilisent le terme « caregiver », qu'on pourrait traduire en français par « aidant ». Ce terme peut renvoyer à plusieurs dimensions. Il existe deux sortes d'aidants : les aidants professionnels d'une part, et les aidants familiaux d'autre part aussi appelés proches aidants ou aidants naturels (Autisme Info Service). Selon le Groupement National des Centres de Ressource Autisme (GNCRA, 2025), les aidants accompagnent une personne porteuse de TSA dans plusieurs aspects de sa vie, comme les actes de la vie quotidienne, l'éducation et la vie sociale, les démarches administratives, le soutien psychologique, la communication ou les tâches ménagères. Ainsi, lorsqu'on parle d'aidant, il peut s'agir des parents, de conjoints, de frère(s) ou sœur(s), de grands-parents, de voisins, d'amis, d'aidants occasionnels, etc. Cette notion d'aidants est également présente dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS, 2025). Le terme d'accompagnement parental paraît donc trop restreint pour définir la pluralité des interlocuteurs auprès desquels l'orthophoniste peut interagir. Il serait alors davantage pertinent de parler d'accompagnement des aidants.

Par ailleurs, les parents d'enfants porteurs de TSA éprouvent de nombreuses difficultés. Selon Cappe et Poirié (2016), l'éducation d'un enfant porteur de TSA nécessiterait en moyenne 1000 heures supplémentaires par rapport à celle d'un enfant neurotypique. Par ailleurs, on relève chez les parents un niveau d'anxiété et de dépression importants (Dell'armi et al., 2016). En les désignant comme aidants, on reconnaît la charge physique, émotionnelle et organisationnelle à laquelle ils font face, qui va au-delà du rôle d'un parent d'un enfant neurotypique. Utiliser le terme d'aidant pourrait contribuer à légitimer les difficultés que les parents peuvent rencontrer au quotidien. Ils ont alors un double statut : celui de parents, et celui d'aidants.

Ainsi, parler d'accompagnement des aidants pourrait à la fois permettre de rendre compte du réel rôle des parents, mais aussi de représenter la pluralité des personnes présentes au quotidien de l'enfant.

.1.4. Comportements de communication

Afin de nuancer les résultats obtenus, nous avons choisi de présenter les avantages et inconvénients de chaque outil selon les comportements de communication relevés.

L'ABI permet de recenser des comportements appartenant dans des catégories variées ; cependant, quantitativement, il ne comporte que 13 comportements de communication. Les formes de communications spécifiques aux TSA ne sont presque pas présentes. Enfin, la forme de l'outil consiste en des questions fermées, qui ne permettent pas d'ajouter des comportements autres que ceux prévus par l'outil. Pour toutes ces raisons, l'outil semble ne pas être suffisamment complet et exhaustif pour être adapté à la mise en place d'une intervention axée sur le développement de la communication chez l'enfant. Par ailleurs, il s'agit d'un outil qui permet également d'évaluer les comportements restreints et répétitifs, l'humeur et l'anxiété. Cet outil paraît donc davantage adapté pour dresser un profil plus global de l'enfant.

Le LVIS, quant à lui, est le seul outil (parmi les quatre inclus dans cette étude) qui permet de relever des comportements spécifiques aux TSA, comme les répétitions rapides de sons, la voix monotone, les écholalies ou les idiosyncrasies. Cependant, il ne permet de relever ni les comportements en lien avec le visage et le regard, alors qu'il s'agit d'une composante essentielle de la communication non-verbale, ni les comportements-défis. Les items dichotomiques (comportement présent ou absent) laissent peu de place à la nuance, et ne laissent pas la possibilité

au répondant d'ajouter des comportements qu'il ne verrait pas inscrits. Le LVIS est alors complémentaire aux autres outils, mais semble trop peu exhaustif pour découler sur une prise en soin interventionnelle complète.

L'IPCA permet de recenser beaucoup de comportements. Il se différencie des autres outils par la notion d'Actes Potentiels de Communications, ce qui laisse la possibilité de relever un plus grand éventail de comportements, qui pourront au fil du temps être interprétés ou non comme des formes de communication. Il est alors particulièrement pertinent pour une évaluation à visée interventionnelle. Cependant, aucun comportement spécifique aux TSA n'est évoqué dans l'outil.

Le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA permet de relever de nombreux comportements, qu'ils soient mentionnés ou non par l'outil, puisqu'il consiste également en des questions ouvertes. Cependant, parmi les exemples, les comportements atypiques spécifiques aux TSA ne sont pas présents. Les comportements-défis ne sont que très peu évoqués dans l'outil.

Ainsi, si l'on se concentre sur les comportements de communication, l'outil le plus intéressant semble être l'IPCA. Le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA est également pertinent. Ces deux outils ont l'avantage de pouvoir recenser une grande diversité de comportements, et d'être conçus sous la forme de questions ouvertes. Cependant, ils ne comportent pas de comportements spécifiques aux TSA, comme les écholalies ou les idiosyncrasies. Or, un parent qui ne connaîtrait pas les particularités communicationnelles des enfants porteurs de TSA pourrait omettre ces formes de communication. Ces deux outils sont donc intéressants ; mais en clinique, dans un souci d'exhaustivité, il conviendrait d'utiliser le LVIS en complémentarité.

.1.5. Fonctions de communication

Relever les comportements de communication est le cœur de notre sujet. Toutefois, une simple identification de ces comportements, sans s'intéresser aux raisons qui sous-tendent leur apparition ne suffit pas. Dans une visée interventionnelle, il paraît pertinent de comprendre les raisons pour lesquelles un comportement est émis. Pour cela, l'analyse de ces comportements selon les fonctions de communications produites est d'autant plus pertinent. Cela s'inscrit dans une perspective plus fonctionnelle et écologique.

L'IPCA et le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA permettent de rendre compte de cette notion. Mais les fonctions que l'IPCA contient peuvent être discutées. En effet, une des fonctions recensées par l'IPCA est « l'imitation ». Or, l'imitation concerne, dans les fait, un comportement de communication (et non une raison qui pousse l'enfant à communiquer). Dans l'outil, le répondant peut indiquer dans cette catégorie si l'enfant pointe ou non ; si l'enfant hoche la tête de haut en bas pour dire oui, ou de droite à gauche pour dire non ; ou si l'enfant hausse les épaules. Il s'agit ici de gestes conventionnels, et non d'une fonction de communication à proprement parler.

En outre, dans l'IPCA, la fonction « commenter » ne décrit que ce que l'enfant ressent (émotions et sensations physiques). Or, si l'on compare au profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA, plusieurs autres items pourraient être compris dans la fonction « commenter », comme la transmission d'informations. Ainsi, limiter la fonction « commenter » à l'expression d'émotions ou d'états physiques ne rend pas compte de toute son étendue.

Enfin, les fonctions « Nommer » et « Poser des questions » présentes dans le profil pragmatique des personnes utilisant la CAA ne trouvent pas d'équivalent dans l'IPCA. De ce fait, l'IPCA propose des fonctions de communication, mais ce n'est ni complètement fiable d'un point de vue de la théorie ni exhaustif. Il est cependant intéressant de noter que, pour chaque fonction,

une case vierge supplémentaire est présente, afin d'indiquer une potentielle autre sous-fonction qui n'est pas prévue par l'outil.

Le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA est, quant à lui, beaucoup plus détaillé et exhaustif concernant les fonctions de communication. La seule fonction qu'il ne permet pas de recenser est celle de « faire un choix ».

Alors, d'un point de vue des fonctions de communication, le profil pragmatique pour les personnes utilisant de la CAA paraît particulièrement intéressant et complet. L'IPCA est aussi intéressant, mais semble parfois manquer d'informations ou de précisions.

1.6. Remarques sur les critères de qualité des outils interventionnels

Les huit critères permettant d'attester de la qualité d'un outil interventionnel (Bagnato & Neisworth, 2005) sont pertinents car ils permettent de rendre compte à la fois du contenu de l'outil, de la forme de l'outil et des caractéristiques psychométriques de l'outil (comme la validité, la fidélité ou la sensibilité).

Certains critères sont cochés pour les quatre outils de cette étude. C'est le cas des critères de collaboration, d'authenticité et de congruence. En effet, ces caractéristiques renvoient aux critères d'inclusion et d'exclusion qui nous ont permis d'exclure des outils d'évaluation lors de la phase de sélection. Par exemple, la collaboration renvoie à la notion d'accompagnement parental, qui est au cœur de cet écrit. L'authenticité concerne la capacité d'un outil à se rapprocher des compétences et des besoins quotidiens de l'enfant : pour ce faire, Bagnato et Neisworth recommandent l'utilisation de tâches écologiques, de questionnaires ou de trames d'entretiens. Parmi nos quatre outils, nous recensons deux questionnaires et deux trames d'entretien : ce critère est donc complété par tous les outils. Enfin, la congruence fait référence au public évalué. Tous nos outils devaient être adaptés aux TSA pour être inclus : les quatre outils remplissent donc ce critère également.

Par ailleurs, le critère d'équité ne s'applique à aucun de nos outils. En effet, il consiste à s'assurer que les outils tiennent compte des caractéristiques sensorielles, affectives et culturelles de l'enfant. Cette notion est soutenue par les RBPP, qui mentionnent que le professionnel devrait pouvoir s'adapter aux situations familiales dans leurs diversités culturelles, sociales et économiques (HAS, 2025). L'équité ne serait-elle pas alors une qualité inhérente à l'évaluateur, une posture que l'évaluateur se doit d'adopter, plutôt qu'une caractéristique nécessaire dans un outil ? Il s'agit toutefois d'une piste de réflexion, qui sera à prendre en compte si la création d'un nouvel outil d'évaluation est envisagée.

Certains critères renvoient à l'étude des qualités psychométriques, c'est-à-dire les qualités d'un test dont les items font l'objet d'une analyse (Bernaud, 2014). C'est le cas de la sensibilité. On remarque que, pour le profil pour les personnes utilisant la CAA, aucune mesure psychométrique n'a été effectuée. En effet, les auteurs sont parfaitement transparents sur le sujet et spécifient qu'il s'agit d'un outil purement qualitatif pour guider la mise en place de la CAA. Nous ne pouvons donc pas conclure sur les qualités psychométriques de cet outil, par absence de données. Le LVIS est, quant à lui, très récent, et n'est d'ailleurs pas encore publié officiellement. Des données psychométriques ne sont donc pour le moment pas disponibles ; on pourrait supposer que des études sur le sujet sont actuellement en cours. Concernant l'IPCA, plusieurs qualités psychométriques comme la validité prédictive ou la fidélité inter-juge ont été évaluées et démontrées comme bonnes, mais la sensibilité n'a pas été étudiée (Sigafos et al., 2022). Quant à l'ABI, plusieurs études ont été effectuées afin d'évaluer ses qualités psychométriques. L'ABI dispose d'une bonne sensibilité, d'une bonne fidélité inter-juge, d'une bonne fidélité test-retest et d'une bonne validité de contenu

(Bangerter et al., 2017b ; Bangerter et al., 2019 ; Pandina et al., 2021). Toutefois, le critère d'utilité nous a permis de mettre en évidence que le but premier de l'ABI n'est pas de planifier une intervention, mais de mesurer l'efficacité de celle-ci. Il s'agit donc bien d'un outil interventionnel, mais notre objectif étant de proposer des pistes d'accompagnement parental, l'objectif de l'ABI semble éloigné du nôtre.

Ainsi, la comparaison de ces quatre outils à travers les critères de qualité d'un outil d'intervention permet de mettre en évidence qu'aucun outil ne remplit toutes les caractéristiques idéalement requises dans le cadre de l'évaluation interventionnelle. Ils fournissent également des éléments supplémentaires à prendre en compte en vue de la création d'un outil futur.

.1.7. Conclusion concernant l'analyse des outils

Aucun outil n'a donc tous nos critères désirés, c'est-à-dire être un entretien semi-directif, permettre d'évaluer des comportements de communication dont des comportements spécifiques à la symptomatologie autistique, permettre d'évaluer des fonctions de communication et être disponible en français.

Par ailleurs, notre revue de littérature s'inscrit dans une visée interventionnelle. Un de nos objectifs serait de pouvoir proposer de l'accompagnement des aidants ou des parents. Pour ce faire, il serait intéressant que des pistes interventionnelles soient incluses directement dans l'outil. Par exemple, dans le Pervasive Development Disorders Behavioral Inventory (PDDBI) (Cohen et al., 2003), on trouve un arbre décisionnel, le Autism Spectrum Disorder Decision Tree (ASD-DT). Ce dernier permet de faire correspondre le profil du patient avec un profil diagnostique : « TSA verbal », « TSA peu verbal » ou « TSA atypique » (Cohen, 2017). En fonction du profil de l'enfant, des pistes d'intervention sont proposées. Cet outil a été exclu car il n'était pas assez focalisé sur la communication. Il pourrait éventuellement être intéressant de proposer un arbre décisionnel centré sur la communication, qui pourrait contenir des conseils pour soutenir ou favoriser certains comportements de communication spécifiques.

En outre, les outils que nous avons relevés s'intéressent peu aux réactions de l'entourage de l'enfant. Or, la manière dont un aidant réagit aux comportements de l'enfant prédit le développement de celui-ci (Siller & Sigman, 2002). Il est donc primordial d'accompagner les parents dans leurs comportements quotidiens. Or, comment apprendre aux parents à favoriser l'émergence des comportements de communication chez leur enfant si l'on ne sait pas comment ceux-ci agissent ? Ce point est donc en faveur de la création d'un nouvel outil, centré à la fois sur la communication de l'enfant et sur celle de son ou ses aidant(s).

Enfin, nous avons relevé des similitudes entre les critères de qualité des outils interventionnels (Bagnato et Neisworth, 2005) et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS, 2025). Nous avons choisi de croiser ces similitudes à travers un tableau récapitulatif, ce qui permet d'extraire des conduites à tenir concernant la création future d'un outil interventionnel, reposant sur les critères et sur les recommandations (Tableau 6).

Tableau 6 : Comparatifs des critères de qualités d'un outil interventionnel (Bagnato et Neisworth, 2005) et des RBPP (HAS, 2025) et propositions de pistes de création d'un nouvel outil.

Critères de qualité d'un outil interventionnel (Bagnato et Neisworth, 2005)	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS, 2025)	Application à la création d'un outil d'évaluation d'accompagnement parental
Utilité : l'évaluation doit permettre de planifier une intervention individualisée et de suivre les progrès du patient.	La HAS prévoit que l'évaluation doit avoir pour finalité de proposer une intervention.	L'outil a pour but de planifier une prise en soin.
Acceptabilité : L'outil est perçu comme utilisable par les intervenants (familles, professionnels).	Les RBPP insistent sur la clarté, la compréhension et l'adéquation de l'outil à la situation de la famille.	Proposer un outil avec un langage simple, adaptable aux niveaux de littératie.
Authenticité : L'outil recueille des données dans des contextes naturels et significatifs.	La HAS recommande une évaluation en contexte réel (repas, jeux, interactions courantes).	Recensement des comportements dans les routines familiales (et non uniquement dans une situation standardisée).
Collaboration : l'évaluation et les décisions thérapeutiques doivent être en lien avec la famille et les professionnels.	Les RBPP soulignent l'importance de l'implication des familles et des professionnels gravitant autour de l'enfant.	Prévoir un outil questionnant directement les aidants de l'enfant (familiaux et/ou professionnels).
Convergence : L'outil permet de croiser les observations de plusieurs personnes gravitant autour de l'enfant.	Les RBPP mettent en avant le partage d'observations entre professionnels.	Prévoir un outil qui pourrait être administré à plusieurs proches de l'enfant (familial et professionnel).
Equité : L'outil tient compte des caractéristiques individuelles de l'enfant.	La HAS mentionne que l'évaluation prend en compte d'une part les caractéristiques uniques de l'enfant ou de l'adolescent et d'autre part les situations familiales dans toutes leurs diversités (culturelles, sociales, économiques).	Dans l'outil, prévoir une certaine souplesse qui permettrait de s'adapter à des contextes culturels ou socioéconomiques différents.
Sensibilité : L'outil détecte les progrès, même les plus fins.	Les RBPP soulignent la nécessité d'une évaluation régulière (au moins tous les ans) pour voir l'évolution du développement de l'enfant.	Concevoir un outil qui pourrait être administré régulièrement et détecter l'évolution du patient.
Congruence : l'évaluation est adaptée aux spécificités des TSA.	L'évaluation doit être adaptée aux TSA. Les RBPP recensent les domaines à explorer et dans lesquels une intervention peut être nécessaire chez les enfants porteurs de TSA.	L'outil contient des comportements spécifiques à la symptomatologie des TSA.

.2. Limites de la présente recherche

La méthode présente plusieurs limites. Une première limite concerne l'exhaustivité des outils recensés. Pour être le plus exhaustif possible, tous les outils présents dans les articles inclus ont été relevés, quels que soient leur mode d'évaluation ou leur sujet. Tous ces articles ont ensuite été analysés et les moins pertinents ont été exclus. Dans les deux bases de données que l'on a utilisées, c'est-à-dire Embase et Web of Science, les résultats se veulent les plus exhaustifs possibles. Cependant, il aurait peut-être été intéressant d'utiliser une troisième voire une quatrième base de données, afin d'avoir plus de résultats.

Une deuxième limite concerne les difficultés d'accès à certaines informations. En effet, certains outils d'évaluation sont publiés par des maisons d'édition, ce qui complique leur obtention. C'est le cas de l'ABI, que nous n'avons pas réussi à nous procurer. Nos analyses concernant cet outil s'appuient donc principalement sur des articles portant sur ses propriétés psychométriques. Un autre exemple concerne le PDDBI, mentionné précédemment. Il s'agit d'un outil édité, auquel nous n'avons pas pu accéder. Ne disposant pas de l'outil complet, il a été difficile de conclure quant à son exclusion ou non de l'étude. Nous avons fini par choisir de l'exclure car il ne semblait à première vue pas être suffisamment spécifique à la communication sociale.

.3. Perspective de recherches

Ainsi, cette étude a permis de mettre en évidence qu'il est nécessaire de concevoir un nouvel outil d'évaluation interventionnelle, permettant de rendre compte à la fois des comportements de communications utilisés par l'enfant, mais aussi des fonctions de communication, le tout en intégrant des principes d'Analyse Appliquée des comportements. Cet outil pourrait inclure des pistes d'accompagnement des aidants de l'enfant.

Par ailleurs, bien que ne correspondant pas exactement à nos objectifs, l'IPCA et le LVIS sont deux outils ayant chacun leur intérêt spécifique. L'IPCA se distingue des autres outils par la notion d'actes potentiels de communication. Le LVIS a pour particularité de disposer d'items centrés sur le langage non verbal et spécifiques aux particularités fréquemment retrouvées chez les enfants porteurs de TSA. Ces deux outils restent intéressants, de futurs travaux pourront consister en leur traduction en français. À noter que le LVIS est très récent, il n'est pas encore publié officiellement car encore en conception. Peut-être que des travaux sur sa traduction en d'autres langues que l'anglais sont déjà en cours.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de dresser un état des lieux des outils d'évaluation à visée interventionnelle permettant de promouvoir les comportements de communication d'un enfant porteur de TSA. Un tel outil permettrait de recenser les comportements de communication observés par les proches de l'enfant, en tenant compte de leur contexte d'apparition (antécédents et renforcements) ainsi que leurs fonctions et les réactions de l'entourage. Il aurait également pour vocation de fournir des pistes d'accompagnement pour les aidants.

Dans cette perspective, une revue systématique de la littérature a été menée afin de recenser les outils déjà existants dans le domaine. Une recherche dans les bases de données Embase et Web

of Science ont permis d'obtenir 130 outils d'évaluation. Après l'application des critères d'inclusion, quatre outils ont été retenus : l'ABI, le LVIS, l'IPCA et le Profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA. Tous étaient sous la forme d'évaluation indirecte, et ciblaient la communication chez les enfants TSA âgés de 0 à 12 ans.

Ces quatre outils avaient des qualités et des inconvénients. Le LVIS a pour avantages de recenser des comportements spécifiques aux TSA et d'être rapide à administrer. Cependant, il s'agit d'un questionnaire, qui n'est pas traduit en français, et qui est seulement destiné aux parents de l'enfant. L'ABI est un questionnaire et n'est disponible qu'en anglais. Il est utile car il est destiné à tous les aidants de l'enfant, et dispose de bonnes qualités psychométriques. L'IPCA, quant à lui, n'est pas traduit en français. Il est intéressant car il s'agit d'un entretien semi-directif, destiné aux aidants de l'enfant, et permet d'évaluer les fonctions de communication. Dans cet outil, de nombreux comportements sont détaillés, mais il ne dispose pas de comportements spécifiques à l'autisme. Enfin, le profil pragmatique pour les personnes utilisant la CAA est un outil semi-directif, disponible en anglais et en français, qui permet notamment d'évaluer les fonctions de communication. Toutefois, les comportements spécifiques à l'autisme ne sont pas mentionnés dans l'outil à titre d'exemple ; et l'outil n'a pas été validé d'un point de vue psychométrique.

Cette revue met en évidence l'absence, à ce jour, d'un outil d'évaluation idéal répondant à l'ensemble des critères identifiés. Des travaux ultérieurs pourront consister en le développement d'un nouvel outil intégrant les dimensions essentielles identifiées : la prise en compte des comportements de communication, (y compris les comportements spécifiques aux TSA et les comportements-défis), l'analyse de leurs fonctions, et le recueil des comportements employés par l'entourage en réponse aux actes de communication de l'enfant. Ce futur outil, sous la forme d'une trame d'entretien semi-directif, permettrait de garder une certaine souplesse dans l'échange tout en abordant tous les thèmes souhaités. L'accompagnement des aidants serait un axe central, en proposant des recommandations concrètes pour soutenir la communication de l'enfant et améliorant la qualité de vie de l'ensemble de son entourage.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2023). *DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Elsevier Masson.
- ANESM. (2010). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_autisme_anesm.pdf
- Autisme Info Service. (s.d.). *Autisme Info Service*. Consulté le 13 avril 2025, à l'adresse. <https://www.autismeinfoservice.fr>
- Bagnato, S. J., & Neisworth, J. T. (2005). Recommended practices in assessment. Dans S. Sandall, M. E. McLean, & B. J. Smith (dir.), *DEC recommended practices in early intervention/early child-hood special education* (p. 17–28). Sopris West.
- Bangerter, A., Ness, S., Aman, M. G., Esbensen, A. J., Goodwin, M. S., Dawson, G., Hendren, R., Leventhal, B., Khan, A., Opler, M., Harris, A., & Pandina, G. (2017a). *Autism Behavior Inventory (ABI, ABI-F, ABI-S)*. APA PsycTests.
- Bangerter, A., Ness, S., Aman, M. G., Esbensen, A. J., Goodwin, M. S., Dawson, G., Hendren, R., Leventhal, B., Khan, A., Opler, M., Harris, A., & Pandina, G. (2017b). Autism Behavior Inventory : A Novel Tool for Assessing Core and Associated Symptoms of Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 27(9), 814-822.
- Bangerter, A., Ness, S., Lewin, D., Aman, M. G., Esbensen, A. J., Goodwin, M. S., Dawson, G., Hendren, R., Leventhal, B., Shic, F., Opler, M., Ho, K. F., & Pandina, G. (2019). Clinical Validation of the Autism Behavior Inventory : Caregiver-Rated Assessment of Core and Associated Symptoms of Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 50(6), 2090-2101.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2020). *L'entretien clinique*.
- Bernadat, F., & Wendland, J. (2021). Sentiment de compétence parentale. *La Psychiatrie de L'Enfant*, 64(2), 59-78.
- Bernaud, J. (2014). *Méthodes de tests et questionnaires en psychologie*. Dunod.
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2017). *Communication alternative et améliorée : Aider les enfants et les adultes avec des difficultés de communication*. De Boeck Supérieur.
- Bouvard, M. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent* (1). Elsevier Masson.
- Bouy, F., & Biesse, S. (2011). L'analyse appliquée du comportement : de la théorie à la pratique de l'intervention intensive précoce. *Contraste*, 34-35(1), 297-329.
- Briet, G., Maner-Idrissi, G. L., Plumet, M., Seveno, T., Marec, O. L., & Sourn-Bissaoui, S. L. (2022). Trajectoires développementales des différentes formes d'imitation et de leurs relations avec le développement cognitif et communicatif chez des enfants présentant un TSA. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence*, 70(5), 235-243.

- Cappe, É., & Poirier, N. (2016). Les besoins exprimés par les parents d'enfants ayant un TSA : une étude exploratoire franco-québécoise. *Annales Médico-psychologiques*, 174(8), 639-643.
- Cataix-Nègre, E. (2017a). *Communiquer autrement : Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage*. De Boeck Supérieur.
- Cataix-Nègre, E. (2017b). Chapitre 11.2. La communication alternative et améliorée. Dans De Barbot, F. (2017). *Comprendre la paralysie cérébrale et les troubles associés : Évaluations et traitements*.
- Charfi, N., Halayem, S., Touati, M., Mrabet, A., & Bouden, A. (2016). Étude des facteurs de risque des comportements agressifs dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*. 64(3).
- Charlop, M. H., Lang, R., & Rispoli, M. (2018). Play and Social Skills for Children with Autism Spectrum Disorder. Dans *Evidence-based practices in behavioral health*.
- Chiang, H. (2008). Expressive communication of children with autism : the use of challenging behaviour. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 52(11), 966-972.
- Cohen, I. L., Schmidt-Leckner, S., Romanczyk, R., Sudhalter, V., (2003) The PDD behavior inventory: a rating scale for assessing response to intervention in children with pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(1), 31–45
- Cohen, I. L. (2017). *PDDDBI professional manual supplement: Autism spectrum disorder decision tree*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Contejean, Y., & Doyen, C. (2012). *Regards périphériques sur l'autisme : Evaluer pour mieux accompagner*. Lavoisier.
- Coquet, F. (2017). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Les parents au cœur de l'intervention orthophonique*. Ortho éditions.
- Dell'armi, M., Kruck, J., Afzali, M. H., & Rogé, B. (2016). Adaptation et validation française du « Family Needs Questionnaire » : évaluation des besoins familiaux des parents d'enfants avec troubles du spectre de l'autisme. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 26(4), 150-161.
- Dewart, H. & Summers, S. (1995) The Pragmatic Profile of Everyday Communication Skills in Children. *NFER-Nelson*.
- Dormoy, L. (2020). *L'évaluation diagnostique de l'enfant avec trouble du spectre de l'autisme : Approches intégrative et neurodéveloppementale*. Dunod.
- Fischer, G. (2020). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Dunod.
- Gladfelter, A., & VanZuiden, C. (2020). The Influence of Language Context on Repetitive Speech Use in Children With Autism Spectrum Disorder. *American Journal Of Speech-Language Pathology*, 29(1), 327-334.
- Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (1997). Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 65(6), 911-927.
- GNCRA (s.d.) *La formation des proches aidants (FPA)*. GNCRA. Consulté le 13 avril 2025 à

l'adresse <https://gncra.fr/formation/fpa>.

- Grevesse, P. (2015). Instable ? Le bilan orthophonique du jeune enfant sans langage. *A.N.A.E.* 135(7)
- Halliday, M. A. K. (1975). *Learning how to mean : explorations in the development of language*. New York : Elsevier.
- Haute Autorité de Santé. (2025, avril). *Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent – Propositions de recommandations (version initiale)*. <https://www.has-sante.fr/>
- Horner, R. H., Carr, E. G., Strain, P. S., Todd, A. W., & Reed, H. K. (2002). Problem behavior interventions for young children with autism : a research synthesis. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 32(5), 423-446.
- Jakobson, R. (1963), *Essai de linguistique générale*, éd. de Minuit.
- Jhuo, R., & Chu, S. (2022). A Review of Parent-Implemented Early Start Denver Model for Children with Autism Spectrum Disorder. *Children*, 9(2), 285.
- Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review : developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal Of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Leclerc, M. C. (2005). Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés. *Rééducation orthophonique*, 221. 157-170.
- Liszkowski, U., Carpenter, M., & Tomasello, M. (2007). Reference and attitude in infant pointing. *Journal Of Child Language*, 34(1), 1-20.
- Lord, C., Rutter, M., & Couteur, A. L. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised : A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 24(5), 659-685.
- Magerotte, G., & Willaye, E. (2010). *Intervention comportementale clinique : Se former à l'A.B.A.* De Boeck Supérieur.
- Martin, S., Small, K., and Stevens, R. (2024). The Pragmatics Profile for People who use AAC - Second Edition (First Published 26 Sep 2017). Available at:<https://acecentre.org.uk/resources/pragmatics-profile-people-use-aac/>
- Maslow, A. H. (2008). *Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Editions Eyrolles.
- Matson, J. L., & Adams, H. L. (2014). Characteristics of aggression among persons with autism spectrum disorders. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 8(11), 1578-1584.
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. L. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 7(3), 455-465.
- Montfort M. (2010) *Guidance, accompagnement, partenariat : Les alentours de l'intervention orthophonique. Les entretiens d'orthophonie.*

- Nadel, J. (2014). Réhabiliter scientifiquement l'imitation au bénéfice de l'autisme. *L'information Psychiatrique*, 90(10), 835-842.
- Naples, A., Tenenbaum, E. J., Jones, R. N., Righi, G., Sheinkopf, S. J., & Eigsti, I. M. (2022). Exploring communicative competence in autistic children who are minimally verbal: The Low Verbal Investigatory Survey for Autism (LVIS). *Autism*, 27(5).
- Pandina, G., Ness, S., Trudeau, J., Stringer, S., Knoble, N., Lenderking, W. R., & Bangerter, A. (2021). Qualitative evaluation of the Autism Behavior Inventory : use of cognitive interviewing to establish validity of a caregiver report scale for autism spectrum disorder. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 19(1).
- Pereira, S. R., Sourn-Bissaoui, S. L., & Plumet, M. (2022). Les variabilités des compétences socio-communicatives des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme : apports, enjeux et défis des études observationnelles en situations d'interaction écologique. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 70(7), 352-361.
- Perichon, J., & Gonnot, S. (1999). Le partenariat parental en orthophonie - Proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'orthophoniste*, 406.
- Pichère, P., & Cadiat, A. (2015). *La pyramide des besoins*. 50 Minutes.
- Plumet, M. (2018). Chapitre 4. Le développement des compétences socio-communicatives et émotionnelles chez les enfants avec TSA : des recherches aux pratiques. Dans Bizet, E. (2018). *Neuropsychologie et remédiations des troubles du spectre de l'autisme : Enfants d'âge scolaire, adolescents et adultes* (105-136). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Poirier, N., & Leroux-Boudreault, A. (2020). *10 questions sur le trouble du spectre de l'autisme chez l'enfant et l'adolescent*. Editions Midi trente.
- Robins D. L., Fein, D., Barton, M. L., Genn., J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 131-144.
- Rousseau, M., McKinnon, S., Ilg, J., Bourassa, J., Paquet, A., Lagard, V., & Clément, C. (2018). Les effets d'un programme de formation parentale francophone sur les comportements-défis d'enfants autistes. *Revue Québécoise de Psychologie*, 39(2), 5-21.
- Sauvayre, R. (2021). *Initiation à l'entretien en sciences sociales : méthodes, applications pratiques et QCM*. Armand Colin.
- Schröder, C., Florence, É., Dubrovskaya, A., Lambs, B., Stritmatter, P., Vecchionacci, V., Bursztejn, C., & Danion-Grilliat, A. (2015). Le modèle de Denver (Early Start Denver Model). Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 63(5), 279-287.
- Sénéchal, C., Larivée, S., & Thermidor, G. (2013). Des parents co-thérapeutes, une solution gagnante pour le traitement des enfants autistes. *Annales Médico-psychologiques*, 171(9), 603-609.
- Sigafoos, J., O'Reilly, M. F., Lancioni, G. E., Zhang, D., & Marschik, P. B. (2022). The Inventory of Potential Communicative Acts (IPCA) : narrative review of reliability, validity, and clinical utility. *Evidence-Based Communication Assessment And Intervention*, 16(4), 105-122.

- Sigafoos, J., Woodyatt, G., Keen, D., Tait, K., Tucker, M., Roberts-Pennell, D., & Pittendreigh, N. (2000). Identifying potential communicative acts in children with developmental and physical disabilities. *Communication Disorders Quarterly*, 21(2), 77-86.
- Siller, M. & Sigman, M. (2002). The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their Children's Communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(2), 77-89.
- Tan, C., Frewer, V., Cox, G., Williams, K., & Ure, A. (2021). Prevalence and Age of Onset of Regression in Children with Autism Spectrum Disorder : A Systematic Review and Meta-analytical Update. *Autism Research*, 14(3), 582-598.
- Yailian, A. (2018). Développement de la communication sociale chez l'enfant : troubles du spectre de l'autisme. *Revue Francophone D'orthoptie*, 11(3), 150-152.

Liste des annexes

Annexe n°1 : La pyramide de Maslow

Annexe n°2 : Tableau récapitulatif des outils exclus lors de la première phase de sélection des outils d'évaluation.

Annexe n°3 : Tableau récapitulatif des outils exclus lors de la deuxième phase de sélection des outils d'évaluation.

Annexe n°4 : Tableau détaillé des comportements de communication recensés selon les outils.