

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de médecine et de pharmacie

Ecole d'orthophonie

Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

**INTERET ET LIMITES DE L'ECSP (ECHELLE D'EVALUATION DE LA
COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE) DANS LE DIAGNOSTIC
PRECOCE DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT**

Présenté par Sylviane VERNET

Directeur de mémoire : M. Paul CAPPEAU, Professeur des Universités

Autres membres du jury : Mlle Véronique BONNAUD, Psychologue

Mme Cécile LAMOUREUX, Orthophoniste

Année universitaire 2014-2015

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de médecine et de pharmacie

Ecole d'orthophonie

Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

**INTERET ET LIMITES DE L'ECSP (ECHELLE D'EVALUATION DE LA
COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE) DANS LE DIAGNOSTIC
PRECOCE DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT**

Présenté par Sylviane VERNET

Directeur de mémoire : M. Paul CAPPEAU, Professeur des Universités

Autres membres du jury : Mlle Véronique BONNAUD, Psychologue

Mme Cécile LAMOUREUX, Orthophoniste

Année universitaire 2014-2015

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mon directeur de mémoire, M. Paul Cappeau, Professeur à l'Université de Lettres et Langues de Poitiers, pour sa disponibilité et son ouverture d'esprit : il n'est pas aisé d'encadrer un travail dont le champ de recherche est sensiblement différent de celui que l'on a investi ;

Mmes Bonnaud et Lamoureux, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membres de mon jury. Je garde un souvenir vibrant, haut en couleur, des cours passionnés et passionnants de Mme Lamoureux ;

Mes maîtres de stage :

Brigitte Calvez pour son dynamisme, son humeur truculente et sa grande humanité ;

Emmanuelle Ammeux, pour son sérieux, sa curiosité intellectuelle, son souci permanent d'en apprendre davantage, de creuser toujours plus avant, de ne jamais considérer pour acquis quelque savoir ou savoir-faire que ce soit ;

Hélène Collas, d'abord pour la richesse et la qualité des rééducations auxquelles elle m'a permis de prendre part ; ensuite pour l'ambiance optimiste et sympathique qui anime un cabinet où les patients se rendent avec un plaisir manifeste ;

Les membres des institutions qui m'ont accueillie en stage, tout particulièrement ceux du CAMSP de Soyaux, parmi lesquels :

Nathalie Bauer, médecin-chef, qui semble douée d'ubiquité tant sa capacité à occuper tous les fronts et à nouer le lien entre les différents acteurs est étonnante ;

Jade, magicienne de la Thérapie d'Echange et de Développement ;

Jean-Marie, dont l'humour tout-terrain égaie les moments les plus difficiles ;

Les enfants pris en charge et dont je garde un souvenir ému, mêlé d'éclats de rire, de tourbillons mais aussi d'interrogations qui n'ont pas fini d'aiguillonner ma réflexion ;

Les patients plus âgés, dont plusieurs ont fait preuve d'un courage et d'une bonne humeur qui m'ont fait prendre conscience de la réciprocité du bénéfice d'une thérapie.

Un grand merci à tous les orthophonistes qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire et à tous ceux qui m'ont accueillie durant une période et dans un contexte géographique marqué par une pénurie de maîtres de stage particulièrement sévère dans le secteur institutionnel. Le dévouement de ces professionnels permet d'apporter chaque année une réponse à une équation quasi insoluble.

Un remerciement particulier à Géraldine Sauvage, dont la vivacité d'esprit, l'investissement inconditionnel et la modestie demeurent pour moi exemplaires.

Merci également :

Au personnel de la Faculté de Médecine, de l'Ecole d'Orthophonie et des Bibliothèques universitaires, qui ne ménagent pas leurs efforts et soutiennent les nôtres ;

Aux promotions successives dont les forces vives ont été une source de jouvence ;

A tous les membres de ma famille, ma mère en particulier, sans la confiance et le soutien indéfectible de laquelle je n'aurais pas tenu la distance ;

A mon compagnon, qui a su affronter tous les jours mes doutes, mes angoisses et mes errances avec une patience et une douceur désarmantes.

Merci enfin à celui dont la voix aujourd'hui disparue continue à chuchoter d'inlassables encouragements à mon oreille.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX ET DES SCHEMAS	1
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
PARTIE THEORIQUE	6
I-AUTISME, TED, TSA : UN SYNDROME PROTEIFORME	6
I.1 Définitions : complexité originelle et consensus nécessaire.....	6
I.1.1 Définition de la CIM-10	7
I.1.2 La question des catégories	8
I.1.3 L'approche dimensionnelle : le « spectre » autistique	10
I.2 Enjeu de la classification : les hypothèses étiologiques sous-jacentes.....	12
I.2.1 Critères objectivables versus mécanismes psychopathologiques	12
I.2.2 Origine multifactorielle des troubles et principe de convergence	13
I.2.3 Eviction définitive de l'hypothèse psychogénétique	13
I.2.4 Interprétation du principe de classification américain : nature neurodéveloppementale des troubles	14
I.2.5 Apports de l'approche psychopathologique : compatibilité avec l'approche neuropsychologique.....	15
I.3 Epidémiologie : prévalence	17
I.3.1 Le contexte français : manque de données fiables.....	17
I.3.2 Des données en constante évolution	18
II- LE DIAGNOSTIC PRECOCE	20
Une situation paradoxale	20
II.1 Age d'apparition des troubles et nature des premiers symptômes.....	20
II. 1.1 Premières inquiétudes parentales	20
II.1.2 Nature des premiers symptômes remarqués par les parents	21
II.1.3 Recherche des premiers signes autistiques	21
II.1.4 Différents modes d'entrée dans la pathologie	23
II.2 Implications sur le plan du dépistage et du diagnostic précoces.....	24
II.2.1 Principe de prudence et dépistage en plusieurs temps.....	24
II.2.2 Définition de signes d'alerte	24

II.3 Le diagnostic avant trois ans est-il possible ?	26
II.3.1 A partir de quel âge peut-on poser un diagnostic fiable ?	26
II.3.2 Validité des outils de dépistage et de diagnostic	26
II.3.3 Diagnostic précoce : limites et bénéfices	27
III- LA COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE.....	30
III.1 Perspectives pragmatiques et développementales	30
III.1.1 Définition de la communication : une relation étymologiquement inscrite dans la sphère des interactions sociales	30
III.1.2 communiquer : décoder et inférer	31
Notions de sémiotique	31
Théorie de la pertinence	33
Logique interlocutoire	33
III.1.3 La question de l'intentionnalité.....	34
III.2 Les capacités du nouveau-né versus les troubles autistiques de l'intégration perceptive	36
III.2.1 Proprioception et ajustement postural : la communication par le corps	37
III.2.2 Attirance innée pour le visage humain, traitement visuel et capacités d'imitation néonatales	39
III.2.3 Traitement du signal acoustique	40
III.2.4 Traitement des stimuli associés.....	40
III.3 Le développement des compétences communicatives : mise en place des « précurseurs » du langage	41
III.3.1 Zone proximale de développement et adulte médiateur	41
III.3.2 Les « formats »	42
III.3.3 Tours de rôle et proto-conversation	43
III.3.4 Les fonctions du langage et la notion d'acte de communication	43
III.3.5 Les actes de communication : perspective développementale	45
IV- LE BILAN ORTHOPHONIQUE DE LA COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE : PLACE, OBJECTIFS ET OUTILS.....	47
IV.1 Articulation du bilan orthophonique avec la démarche diagnostique menée par l'équipe d'évaluation	47
IV.1.1 La démarche diagnostique	47
IV.1.2 Rôle de l'orthophoniste dans l'évaluation pluridisciplinaire	48

IV.2	Objet du bilan orthophonique.....	48
IV.2.1	Structure du bilan	48
IV.2.2	L'évaluation formelle : approche structurelle	49
	Spécificités des troubles langagiers dans l'autisme (traits saillants).....	49
	Limites de cette approche et nécessité d'une approche pragmatique	50
IV.3	L'évaluation pragmatique : présentation de l'ECSP.....	51
IV.3.1	Cadre théorique.....	52
IV.3.2	Axes d'analyse structurant le bilan	53
PARTIE PRATIQUE		55
I- MATERIEL ET METHODE		55
I.1.	Démarche générale :.....	55
I.1.1	Contexte de l'étude.....	55
I.1.2	Objectifs et hypothèses.....	58
I.2.	Méthodologie.....	61
I.2.1	Présentation de la population :	61
	Critères d'inclusion	61
	Critères d'exclusion	62
I.2.2	Outil méthodologique : présentation du questionnaire.....	62
I.2.3	Mode de traitement des données	64
II- RESULTATS ET ANALYSES.....		64
II.1.	Etudes des pratiques évaluatives dans le contexte du diagnostic de TED .	65
II.1.1	Participation des orthophonistes au diagnostic et outils diagnostiques utilisés par les unités d'évaluation : des procédures en phase de restructuration.....	65
II.1.1.1	Caractère pluridisciplinaire du diagnostic : ambiguïté relative de la présentation de la procédure.....	65
II.1.1.2	Outils diagnostiques utilisés par les centres d'évaluation : une répartition qui reflète des degrés d'organisation contrastés	67
II.1.2	Outils utilisés par les orthophonistes pour réaliser le bilan de la communication.....	70
II.1.3	Diffusion de l'ECSP : un outil relativement peu utilisé.....	72
II.2.	Diffusion de l'ECSP : quels sont les obstacles ?.....	74
II.2.1	Par quels moyens se fait la diffusion de l'information?	75

II.2.2 Obstacles à l'adoption de l'ECSP dans les CAMSP : le poids des contraintes matérielles	77
II.3. Analyse qualitative des structures de l'ECSP	81
II.3. 1 La standardisation.....	81
II.3.1.1 Un mot au sujet des qualités métrologiques de l'ECSP	82
II.3.1.2 L'ECSP : Un outil ambivalent.....	84
II.3.1.3 La standardisation : un cadre trop rigide en clinique ?	85
II.3.2 La référence à la norme : étalonnage en population typique et profil spécifique des enfants avec TED	88
II.3.2.1 Structure développementale de l'ECSP	88
II.3.2.2 Existe-t-il un profil développemental caractéristique de l'enfant avec TED dans le domaine de la communication?	90
II.3.2.3 Apport de la référence à la norme en matière de diagnostic	93
II.3.3 L'approche pragmatique : analyse fonctionnelle et analyse des modalités de communication.....	94
II.3.3.1 Analyse fonctionnelle.....	95
II.3.3.2 Analyse des modalités de communication.....	100
III- DISCUSSION ET PROLONGEMENTS	103
III.1. Critiques concernant la méthodologie adoptée dans ce mémoire.....	103
III.1.1 Changement de méthode par rapport au projet initial.....	103
III.1.2 Détermination de la population interrogée et fiabilité des résultats en fonction de cette population	104
III.1.3 Elaboration du questionnaire : questions à reformuler a posteriori	105
III.1.3.1 Concernant la participation des orthophonistes au diagnostic de TED (item 2)	105
III.1.3.2 Concernant le nombre de diagnostics en 2014 (items 4) et l'âge auquel ils avaient été posés (item 5)	106
III.1.4 Mode de diffusion du questionnaire	106
III.2. Validation des hypothèses et prolongements.....	107
III.2.1 Au sujet de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité des pratiques :.....	107
III.2.2 Au sujet de la nature des obstacles à la diffusion de l'ECSP.....	108
III.2.3 Au sujet de l'appréciation de la structure interne de l'ECSP	109
CONCLUSION	110

Bibliographie.....	111
Référence des outils d'évaluation mentionnés (hors ECSP).....	119
LISTE DES ANNEXES.....	122
ANNEXES	I à XX

LISTE DES TABLEAUX ET DES SCHEMAS

Tableau a : Signes d'alerte d'un risque de TED (chez un enfant de moins de 3 ans).....	25
Figure 1 : Schéma de la communication, d'après R. Jakobson, 1963.....	32
Figure 2 : Schéma de la communication rétroactive (ou feedback), d'après Bateson, 1950..	34
Figure 3 : Modèle de la communication, d'après le Schéma de Bloom et Lahey, 1978.....	49
Tableau b : Tableau déclinant les 8 séries d'items qui composent l'ECSP	53
Tableau 1 : Répartition des orthophonistes selon leur lieu d'exercice et leur participation au diagnostic de TED.....	65
Tableau 2a : Outils diagnostiques utilisés par les centres d'exercice des orthophonistes interrogés.....	67
Tableau 2b : Utilisation combinée de plusieurs outils par les établissements.....	68
Tableau 3: Outils utilisés par les orthophonistes pour réaliser le bilan de la communication.	70
Tableau 4a : Répartition des orthophonistes en fonction de leur connaissance et de leur utilisation de l'ECSP.....	72
Tableau 4b : Répartition des orthophonistes selon les critères précédents (connaissance / utilisation de l'ECSP) et selon leur lieu d'exercice.....	73
Tableau 5 : Les différentes sources de l'information portant sur l'ECSP.....	75
Tableau 6 : Raisons pour lesquelles les orthophonistes exerçant en CAMSP n'utilisent pas l'ECSP.....	77

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AC : Attention Conjointe

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et des Adolescents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies. 10^{ème} révision

CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CRA : Centre Ressources Autisme

DDM : Dysconnectivité et Dyssynchronie Multisystème

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ECSP : Évaluation de la Communication Sociale Précoce

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

HAS: Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRMf: Imagerie fonctionnelle par Résonance Magnétique

IS: Interaction Sociale

ISR : Interactions Sociales Réciproques

LSF : Langue des Signes Française

MDPH : Maison Départementale de la Personne Handicapée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPI : Projet Personnel Individualisé

QI : Quotient Intellectuel

RC: Régulation Comportementale

TED : Troubles Envahissants du Développement

TOC : Trouble obsessionnel-compulsif

TSA : Trouble(s) du Spectre Autistique

UEM : Unité d'Enseignement en Maternelle

INTRODUCTION

Collé contre la vitre de la salle de jeux, un enfant de quatre ans est absorbé par le tapotement de ses doigts sur la surface lisse et froide. Son regard s'enlise dans l'observation du mouvement alternatif de ses phalanges. Il ne remarque pas l'adulte qui s'approche, ne réagit pas à la voix qui l'appelle avec insistance.

Ce qui fait l'objet de toute son attention, c'est le clapotis imperceptible de la pulpe de ses doigts au contact du verre.

L'adulte s'accroupit tout près de l'enfant, s'adresse une nouvelle fois à lui, sans succès.

Les yeux de l'enfant observent l'intervalle infime qui sépare ses ongles de la surface vitrée et qui, au gré de son mouvement, diminue ou augmente, semble se comprimer puis se détendre.

Brusquement, l'espace est envahi par de gros doigts qui heurtent lourdement la vitre. Il les observe, écoute le bruit sourd qu'ils provoquent, décide de palper cet index épais qui s'agite près de son visage, puis cette main un peu rugueuse. Au bout de cette main, il y a un bras. Il lève les yeux et rencontre le regard de l'adulte.

A travers cette scène, vécue dans le milieu institutionnel, nous avons tenté d'illustrer ce que peut avoir de particulier, voire d'étrange, le premier contact avec un enfant souffrant de troubles envahissants du développement (TED).

Cette spécificité, ces singularités concernant la perception, les centres d'intérêt et surtout, la communication, sont perçues très tôt par les parents d'enfants autistes (généralement au cours de la deuxième année de vie).

Pourtant, le diagnostic n'est souvent posé que tardivement, au terme d'une errance diagnostique dénoncée par les associations de parents et à laquelle tentent de pallier la communauté médicale et scientifique, ainsi que l'action des pouvoirs publics qui, à travers les plans autismes successifs et l'action de la Haute Autorité de Santé (HAS), cherchent à organiser sur le terrain le diagnostic précoce. Ce dernier nécessite une connaissance accrue et documentée des premières manifestations spécifiques d'un TED, l'élaboration d'outils performants permettant de les identifier et de les mesurer, et le concours de professionnels formés afin de les interpréter.

Pour évaluer la communication verbale et non verbale des jeunes enfants susceptibles d'être atteints de TED, la HAS préconise¹ l'utilisation d'un test en particulier : l'ECSP (Evaluation de la Communication Sociale Précoce). C'est à cet outil et à son appropriation par les orthophonistes que s'intéresse notre étude : dans quelle mesure ces derniers l'utilisent-ils au cours du bilan orthophonique ? Le jugent-ils adapté aux objectifs de ce bilan ? Comment en apprécient-ils l'apport ou les limites ?

Afin d'étudier l'adéquation de l'ECSP aux besoins et perspectives de ses utilisateurs potentiels dans le cadre du diagnostic pluridisciplinaire de TED, nous avons adressé aux orthophonistes un questionnaire² portant sur leurs pratiques en matière d'évaluation et plus particulièrement sur leur manière d'appréhender l'outil recommandé par la HAS.

Avant d'analyser les résultats de cette enquête, nous tenterons de montrer en quoi l'évaluation de la communication sociale précoce constitue un enjeu central du diagnostic précoce de TED.

Dans la première partie de notre exposé, nous essaierons tout d'abord de dessiner les contours de ce syndrome complexe, qui se décline en de multiples catégories et s'incarne dans des tableaux symptomatologiques dont la diversité augmente la difficulté inhérente à l'exercice diagnostique. Puis nous préciserons dans quelle mesure il est possible de poser un diagnostic précoce et à quel point, dans ce contexte, ce sont les symptômes liés au domaine de la communication sociale qui sont déterminants. Nous nous focaliserons ensuite sur ce domaine et sur les capacités qu'il met en jeu, en tentant d'identifier les facteurs qui concourent à son développement et les déficits qui, au contraire, tendent à l'entraver. Enfin, nous verrons comment le bilan orthophonique évalue cette compétence communicative chez le jeune enfant, comment il s'insère dans la démarche diagnostique pluridisciplinaire, quels sont ses objectifs et sur quels outils il peut s'appuyer. C'est cette occasion que nous présenterons l'ECSP, dont l'approche pragmatique et développementale devrait a priori correspondre aux attentes des orthophonistes.

¹ La Fédération Française de Psychiatrie (FFP) a élaboré, en partenariat avec la HAS, des *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme* (2005), auxquelles nous nous référons à plusieurs reprises dans cet exposé. Ces *Recommandations* ont été reprises en partie dans *Autisme et autres troubles envahissants du développement. Etat des connaissances*, publié par la HAS en 2010 et ont également inspiré la *Recommandation de bonne pratique*, document diffusé conjointement par la HAS et l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) en 2012.

² Questionnaire reproduit en Annexe (Annexe I).

Dans la deuxième partie, consacrée à l'exposé et à l'analyse des résultats de l'enquête menée auprès des orthophonistes exerçant dans les unités d'évaluation, nous tenterons dans un premier temps de circonscrire les pratiques évaluatives en matière de diagnostic de TED : tend-on vers l'homogénéité des pratiques promue par la HAS et le dernier plan autisme (2013-2017) ? Quelle place occupe l'ECSP, outil recommandé par les mêmes instances, dans le bilan orthophonique ? Puis nous chercherons à déterminer la nature des obstacles qui freinent l'adoption de cet outil par les orthophonistes et enfin, nous analyserons en quoi sa structure interne (développementale, normative et fonctionnelle) satisfait ou non à l'évaluation des compétences communicatives des populations à risque d'autisme.

PARTIE THEORIQUE

I-AUTISME, TED, TSA : UN SYNDROME PROTEIFORME

« *Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement* » : difficile d'appliquer cette maxime aux troubles envahissants du développement (TED).

Plus cette pathologie, décrétée grande cause nationale en 2012, « envahit » les écrans et alimente des myriades d'articles qui ne cessent de se ramifier dans la littérature³, plus l'image qu'on tente de s'en faire subit des mutations, des décalages, des recadrages, des effets de flou.

La définition, la terminologie, les critères qui fondent ces deux dernières, les hypothèses étiologiques et même la prévalence ne cessent d'évoluer, suscitant toujours plus de débats.

Face à ces mues perpétuelles, force est d'adopter un point de vue pragmatique si l'on veut proposer une aide concrète à des personnes et des familles en souffrance.

C'est pourquoi, malgré la houle qui agite le débat public, des politiques de santé se mettent en place, fondées sur des consensus dont la nécessité s'incarne de façon flagrante dans la situation dramatique que vivent les personnes avec autisme (défaut de diagnostic, défaut de prise en charge), plus particulièrement encore dans notre pays⁴.

I.1 Définitions : complexité originelle et consensus nécessaire

Les TED constituent un groupe hétérogène en termes de symptomatologie, de sévérité des atteintes, de diversité des troubles qui leur sont fréquemment associés,

³ Le ratio de publications par année subit une croissance exponentielle depuis les années quatre-vingt-dix, avec près de 3000 articles publiés par an à l'heure actuelle (CRETCD, 2013).

⁴ La France a fait l'objet de plusieurs condamnations par la Commission européenne à ce sujet.

de niveaux de fonctionnement (intellectuel, langagier), de mode d'entrée dans la pathologie (âge de début notamment).

L'étiologie de ce syndrome n'est pas encore clairement établie et a suscité de nombreuses et durables controverses, opposant les tenants des thèses dites organicistes et les partisans d'une origine psychogénique des mécanismes psychopathologiques.

Enfin, la terminologie employée a subi de nombreuses modifications au cours du temps : de l'« idiot » du XIX^{ème} siècle, en passant par la « schizophrénie infantile », l'autisme, les TED, et enfin les TSA⁵ (troubles du spectre autistique).

Cette évolution sur le plan de la terminologie reflète la difficulté à saisir la nature et les déclinaisons multiples de cette pathologie mais porte aussi l'empreinte des cultures dans lesquelles elle s'incarne et des débats théoriques, voire des options politiques dont elle fait l'objet.

Face à cette complexité (de nature, d'origine, de terminologie, d'options théoriques sous-jacentes), il était indispensable d'aboutir à un consensus. C'est pourquoi, lorsqu'on veut définir l'autisme et les TED, on se réfère à la Classification internationale des maladies ou CIM-10 (10^{ème} révision de 1993), classification établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

I.1.1 Définition de la CIM-10 :

La CIM-10 classe les TED parmi les troubles du développement psychologique et les définit comme « *groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations* » (OMS, 1993).

On a donc affaire à un trouble développemental, touchant fondamentalement l'individu dans son rapport à autrui (domaine des interactions sociales réciproques, de la communication) et s'actualisant dans des comportements qui « envahissent » l'individu dans de multiples domaines du fonctionnement, ce caractère extensif pouvant être à l'origine d'un lourd handicap.

⁵ Il existe également des particularismes géographiques : la France s'est longtemps distinguée, notamment par l'emploi de la dénomination, très controversée car lourdement connotée, de « psychose précoce », abandonnée tout récemment (voir, 1.2 « enjeu de la classification (...) »).

On parle d'altérations « qualitatives » afin de qualifier la nature des perturbations. On n'est pas, en effet, dans le domaine du quantifiable (comme c'est le cas, par exemple, avec le retard mental où on peut définir des degrés d'atteinte en termes chiffrés de Q.I), ni dans celui du retard proprement dit mais plutôt dans le registre de l'anomalie, de la déviance. Ce terme renvoie donc, en pratique clinique, à la nécessité d'apprécier les troubles, ce qui introduit une dimension subjective, qui demande à être compensée par la rigueur de l'observation, ce qui implique donc des critères précis.

C'est pourquoi les classifications reconnues (la CIM-10 et le DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁶) ont recours à une approche descriptive, fondée sur des critères et qui, si elle a été critiquée, décriée, voire dénoncée par les pédopsychiatres français, au motif qu'elle restait, selon eux, à la surface des choses, sans expliciter les mécanismes sous-jacents, n'en demeure pas moins la seule approche susceptible de faire consensus en fournissant des critères objectivables communs.

I.1.2 La question des catégories :

Ces critères sont énoncés dans la description de chaque catégorie de TED, c'est-à-dire dans la présentation des différents sous-groupes identifiés par la CIM-10. Toutefois, selon les groupes concernés, le degré de précision varie. C'est pourquoi la plupart des tentatives de description s'appuient sur celle de l'autisme infantile, que l'on peut considérer, à la suite du comité de rédaction des *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme* (FFP/HAS, 2005) comme un « prototype », une sorte d'entité de base qui constitue la forme, sinon la plus représentative, la plus connue et surtout la plus reconnue : « *Les troubles envahissants du développement (TED) forment un ensemble hétérogène de troubles parmi lesquels on trouve l'autisme infantile qui en est le prototype* » (ibidem, p.22).

Cette description procède de la description princeps (Kanner, 1943) et correspond à ce que l'on qualifie, dans la littérature, d'autisme typique (« autisme infantile » selon la CIM-10, « trouble autistique » selon le DSM IV (1994) ou encore « autisme infantile précoce – type Kanner » dans la CFTMEA R-2012 (*Classification*

⁶ Le DSM est la classification américaine des troubles mentaux. La 5^{ème} édition est parue en 2013 mais nous faisons souvent référence au DSM IV (1994) et au DSM-IV-TR (2003) car la plupart des travaux mentionnés dans ce chapitre et s'appuyant sur ou faisant allusion au DSM se rapporte à la 4^{ème} édition de 1994 ou à la révision de 2003.

Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, version révisée de 2012). Elle se décline dans trois domaines : les interactions sociales réciproques (ISR), la communication, le comportement, ce que l'on désigne par la désormais célèbre « triade autistique ».

L'autisme infantile est donc un « *TED caractérisé par : - un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans ; - une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivants : ISR, communication, comportement (au caractère restreint, stéréotypé et répétitif)* » (OMS, 1993). La CIM-10 précise également que « *le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colères et des gestes auto agressifs* », soulignant ainsi le fait que , non seulement on peut considérer que l'association de nombreuses autres pathologies est si courante qu'elle mérite d'être intégrée à la définition, mais suggérant également une présentation sémiologique variée, y compris au sein du sous-groupe le mieux défini. Cette diversité, cette présentation protéiforme, avec un noyau cristallisé autour de ce que l'on appelle désormais « la communication sociale », fait donc intrinsèquement partie de la définition, elle lui est consubstantielle. Il n'y a pas un autisme, mais des autismes.

On voit également apparaître, dans cette définition, le critère de l'âge du début des troubles : « *manifeste avant trois ans* », critère en partie à l'origine de la distinction avec les autres sous-groupes, notamment celui qui est dénommé « autisme atypique » par la CIM-10. Ce TED diffère en effet du premier par « *l'âge de survenue ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile* » (OMS, 1993).

Au total, la CIM-10 identifie huit sous-groupes : l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, les autres troubles désintégratifs de l'enfance, l'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, le syndrome d'Asperger, les autres TED et enfin les TED, sans précision.

Ce classement par catégories pose toutefois des problèmes de différents ordres et peut donc légitimement être remis en question.

D'une part en raison de l'étiologie clairement identifiée de certains groupes, qui présentent de ce fait un tableau symptomatologique et des processus développementaux qui leur sont propres : c'est le cas du syndrome de Rett, pour

lequel la mutation d'un gène (MECP2 sur le bras long du chromosome X) a été identifiée.

D'autre part en raison du caractère flou ou de l'absence de définition qui transforme de facto certains sous-groupes en « fourre-tout ». C'est le cas notamment des catégories « Autres TED » ou « TED, sans précision », à propos desquelles les *Recommandations* de la FFP/HAS déplorent que : « *les définitions de la CIM-10 comme celles du DSM IV (...) sont vagues, ne reposent pas sur des critères opérationnels et ne peuvent être traduites en règles claires pour établir le diagnostic positif ou le diagnostic différentiel. Les diagnostics de TED non spécifiés, comme ceux de TED sans précision (...) correspondent donc à des catégories très hétérogènes pouvant prendre différentes significations selon les cliniciens* » (FFP/HAS, 2005, p.41).

On subodore déjà les conséquences de cette imprécision en matière de critères d'évaluation, de diagnostic et d'épidémiologie, comme on le verra plus loin.

Enfin, certaines catégories ne sont pas clairement distinctes de la catégorie typique, ou du moins on ne voit pas clairement ce qui justifie leur classement en tant qu'entité à part entière. C'est le cas de la catégorie « hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés » ou encore du syndrome d'Asperger au sujet desquels l'OMS elle-même signale d'emblée qu'il s'agit de « *troubles de validité nosologique incertaine* » (CIM-10-FR 2015, p.223), ajoutant même pour le premier des deux groupes qu'il est « *mal défini* ».

I.1.3 L'approche dimensionnelle : le « spectre » autistique

Ce sont ces incertitudes, jointes aux résultats de recherches démontrant notamment que la distinction entre sous-groupes varie au cours du temps (CRETCD, 2013) et selon le lieu où est posé le diagnostic (Lord et al., 2011), qui ont amené nombre de chercheurs mais aussi de cliniciens à adopter le concept de trouble du spectre autistique (TSA), selon lequel les troubles sont appréciés, non en fonction d'une catégorie, mais d'après leur degré de sévérité et selon un continuum.

Cette approche dimensionnelle (vs catégorielle) a été définitivement adoptée dans la dernière révision du DSM, le DSM V (2013). Elle présente l'intérêt de « coller » à la réalité clinique dans la mesure où chaque élément de la triade peut survenir avec un degré de sévérité variable et présenter différents types de manifestations.

Selon cette approche, par exemple, il n'y a plus de raison de distinguer le syndrome d'Asperger, dont la spécificité était constituée « *par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif* » (CIM-10). En effet, cette distinction était basée sur des critères ne recoupant pas les critères principaux, soit ceux définis par la triade, les troubles cognitifs ou langagiers ne faisant pas partie de la définition stricto sensu. Du point de vue des critères essentiels, le syndrome d'Asperger ne se distingue donc pas de l'autisme typique, les mêmes domaines étant atteints, mais à un degré moindre. A noter également que ce syndrome ne se distingue pas non plus sur le critère de l'hérédité, le risque étant identique dans les différents sous-groupes (Vivanti, 2013).

Reste à évaluer les conséquences sur le terrain d'une telle conception en matière de diagnostic, certains lui reprochant de prêter le flanc à la confusion en ne fixant pas de limites exactes au « spectre », d'autres craignant que certains patients, notamment Asperger, ne bénéficient plus des dispositifs mis en place en raison d'une appréciation de leurs troubles comme étant légers⁷.

En attendant de voir quelle perspective adoptera la prochaine version de la CIM (la version en vigueur actuellement date tout de même de 1993), la HAS est parvenue à un consensus (cf. « *synthèse issue du processus de consensus formalisé* ») selon lequel : « *Dans le cadre des TED, la classification internationale des maladies est la classification de référence (...) Toute autre classification doit établir des correspondances par rapport à elle.* » (HAS, 2010, p.25). La HAS précise également que « *les TED et les TSA recouvrent la même réalité clinique* ». Seule la dénomination spécifique à la classification française –« *psychoses précoces* »- n'a pas été retenue « *en raison des difficultés d'interprétation qu' [elle] entraîne* » (ibidem, p.26). La cinquième édition de la CFTMEA a donc modifié le nom de sa catégorie 1 : « *Autisme et psychoses précoces* », qui devient : « *TED, schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence* » et s'en explique : « *Le terme « psychose » appliqué aux jeunes enfants est pour beaucoup chargé d'une telle connotation stigmatisante qu'il nous est apparu préférable de l'écarter de la nomenclature consacrée aux TED et à l'autisme.* » (Misès, CFTMEA-R-2012, p.13).

⁷ On peut cependant penser que cet aspect sera probablement compensé par l'introduction d'un nouvel axe d'appréciation : le niveau de soutien nécessaire, introduit de façon concomitante dans cette nouvelle version du DSM.

Toutefois, le problème reste entier car, au-delà de la terminologie, c'est toute une approche qui est en jeu et des conceptions antagonistes de la psychiatrie qui s'affrontent.

I.2 Enjeu de la classification : les hypothèses étiologiques sous-jacentes :

Derrière les options de classification et de terminologie, ce sont des manières de concevoir la psychiatrie et davantage encore, la pédopsychiatrie, qui sont en conflit.

I.2.1 Critères objectivables versus mécanismes psychopathologiques

Il n'est que de considérer l'avalanche de commentaires acerbes et de controverses rageuses qui s'est déclenchée à l'annonce de la parution du DSM V pour se faire une idée de la fracture théorique entre les différentes approches.

L'article de Misès, Garret-Gloanec et Coinçon (2010) est, à cet égard, exemplaire. Les auteurs rappellent en préambule que la classification française « *avait été créée pour exprimer une ferme opposition aux orientations introduites alors [1987] par le DSM-III et reprises, pour l'essentiel, par la CIM-10. A ce moment, et face au retour en force des théories organicistes exclusives, associées à une clinique néo-kreapélienne, il s'agissait de préserver les perspectives dynamiques de la pédopsychiatrie française (...)* » (op.cit. p.224).

Le reproche majeur adressé aux deux grandes classifications touche à leur principe même de classement : un classement qui se fait essentiellement selon des symptômes, c'est-à-dire selon ce qui, de l'individu, est directement observable par le clinicien et non selon le mécanisme psychopathologique à l'œuvre « sous » les symptômes. « *Dans la pratique (...), le recours exclusif à la CIM-10, et à son concept central d'autisme avec niveau d'intensité, limite la compréhension des processus observés* » (p.225). La critique (exprimée) porte donc essentiellement sur le caractère superficiel et comptable censé être induit par les modes de classification proposés. Elle remet également en cause la position de la HAS, désormais promotrice de ce type de classification : « *En France, les Recommandations pour le diagnostic de l'autisme valorisent, du point de vue clinique, les seules manifestations qui sont immédiatement objectivables, en limitant le recours à une approche ouverte*

qui permettrait la mise en évidence des composantes psychopathologiques sous-jacentes (...) » (ibidem).

Cependant, si la définition des TED et de chaque catégorie se fait effectivement sur des critères objectivables et si le diagnostic est fonction du nombre de critères remplis, cette option se justifie de par le caractère syndromique de cette pathologie et surtout par l'absence d'étiologie connue ou d'hypothèse étiologique univoque.

I.2.2 Origine multifactorielle des troubles et principe de convergence

A l'heure actuelle, on suppose une origine multifactorielle, avec une forte composante génétique : *« Les données épidémiologiques mettent en évidence une multiplicité de facteurs de risque et des pathologies ou des troubles associés aux TED. Ces études donnent des arguments en faveur de la nature multiple des facteurs étiologiques des TED avec une implication forte de facteurs génétiques dans leur genèse. » (HAS, 2010, p.55).*

Donc, en l'absence d'étiologie clairement identifiée, le diagnostic se fait selon des critères à caractères descriptifs et selon un principe de convergence : un symptôme isolé n'a pas de sens et par conséquent, la démarche diagnostique se fonde également sur le nombre de symptômes : par exemple le diagnostic d'autisme infantile correspond à la *« présence d'au moins 6 des symptômes décrits en (1) [ISR], (2)[communication] et (3)[intérêts et activités], avec au moins deux symptômes du critère (1), et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) » (CIM-10).*

I.2.3 Eviction définitive de l'hypothèse psychogénétique

Cette démarche peut en effet paraître quelque peu mécanique, comptable et superficielle, mais comme elle permet un consensus international, elle rend possible la collecte de données épidémiologiques essentielles à la mise en œuvre de politiques de santé publique ainsi que le dialogue entre chercheurs et cliniciens de différents pays.

Peut-être aussi constitue-t-elle également un garde-fou contre certaines dérives psychanalytiques ou du moins psychogénétiques qui ont longtemps alimenté le débat et continuent encore de le sous-tendre, en filigrane, au point que, dans

l'analyse des facteurs de risque, le comité de la HAS a consacré, outre le chapitre traitant des facteurs étiologiques connus (en l'espèce, facteurs démographiques⁸ et antécédents familiaux) et celui sur les facteurs de risque hypothétiques et non démontrés, un paragraphe aux « *facteurs de risque erronés* » qui fait explicitement référence aux thèses notamment développées par Bettelheim (1967), reprises par ses successeurs et selon lesquelles l'autisme est analysé comme un mécanisme de défense vis-à-vis d'un environnement familial agressif ou indifférent, en tout cas inadapté et mettant en cause, au premier plan, la responsabilité maternelle (Bettelheim parle de « *mère-frigidaire* ») dans le déclenchement du processus de retrait autistique. « *Cette théorie erronée a fait énormément de mal aux parents. Contrairement à ce qui a pu être cru dans le passé, il n'y a pas à ce jour de preuve supportant l'hypothèse que l'autisme serait causé par une éducation parentale déficiente ou inadaptée* » (HAS, 2010, p.30), affirmations qui sont reprises en conclusion de chapitre : « *Les facteurs psychologiques parentaux, en particulier maternels, et les modalités d'interaction précoces n'expliquent en aucun façon la survenue des TED* (Ibidem, p.55).

I.2.4 Interprétation du principe de classification américain : nature neurodéveloppementale des troubles

Les hypothèses psychogénétiques sont donc fort heureusement écartées, mais, si l'on plaide désormais pour une origine multifactorielle des troubles, la balance penche cependant nettement en faveur des hypothèses organicistes puisque les recherches s'orientent massivement vers l'observation d'un fonctionnement spécifique sur le plan neuropsychologique et neurophysiologique, sous-tendu par des anomalies fonctionnelles et structurelles cérébrales, générées par des particularités métaboliques et génétiques

Les classifications elles-mêmes ne sont pas muettes à cet égard : le DSM V (2013) classe les TSA parmi les troubles neurodéveloppementaux, au même titre que, par exemple, les déficiences intellectuelles, les troubles dys- ou les tics, par opposition à d'autres classes de troubles où, à l'inverse, le facteur environnemental est déterminant comme par exemple, le trouble réactionnel de l'attachement et le

⁸ L'autisme est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Le sex-ratio moyen est de 4 garçons pour une fille.

trouble de l'engagement social désinhibé, tous deux classés parmi les « *trauma and stressor-related disorders* » (American Psychiatric Association, 2013).

Classer les TSA parmi les troubles neurodéveloppementaux implique une origine neurologique, en lien avec un fonctionnement et une maturation cérébrale atypiques, donc en rapport avec des facteurs endogènes, que la classification identifie par le fait même que la distinction entre grands groupes pathologiques se fonde en grande partie sur le caractère endogène ou exogène des mécanismes à l'œuvre et donc, finalement, selon un principe d'ordre étiologique. La HAS conclut d'ailleurs son propos sur les facteurs de risque en soulignant qu' « *il existe un consensus de plus en plus large sur la nature neurodéveloppementale des TED* » (HAS, 2010, p.55).

I.2.5 Apports de l'approche psychopathologique : compatibilité avec l'approche neuropsychologique

Dans ce contexte, l'apport de la classification française, qui intègre l'analyse des structures psychiques et l'élucidation des mécanismes psychopathologiques, peut prendre tout son sens et sa valeur en matière de diagnostic différentiel, en permettant notamment de distinguer les TED d'autres pathologies dont la présentation clinique peut être très proche comme notamment la schizophrénie, les TOC, certains troubles de la personnalité (troubles schizoïdes) et les carences affectives précoces.

Par ailleurs, l'analyse des mécanismes psychopathologiques peut se faire sans mettre en cause l'environnement, notamment familial, de l'enfant avec TED, dans des approches comme celles de Livoir-Petersen (1994) qui cherche à « *comprendre la fonction des symptômes constatés* » (p.43).

S'interrogeant sur le besoin d'immuabilité des personnes avec autisme, elle constate que les enfants autistes sont mus par le même besoin que les autres d'identifier des invariants, des repères leur permettant d'anticiper : « *leurs stéréotypies et la prégnance de leur recherche d'immuabilité me sont apparues comme la forme exacerbée d'une recherche du même à laquelle nous participons tous.* » (p.49)

Le symptôme (notamment stéréotypique), est donc interprété comme une source d'expériences sensitivo-sensorielles connues « *permettant à l'organisme de*

se soustraire à la confrontation initiale », déstabilisante par son irréductible nouveauté et remettant en cause l'équilibre psychique en menaçant de désorganisation la pensée en train de se construire : « *L'enfant paie du prix de la répétition le maintien de sa capacité à mentaliser. L'appel du même est d'abord, pour l'enfant autiste comme pour un autre enfant, une facilitation de la pensée* (p.56). »

En analysant ainsi la fonction des stéréotypies et des comportements répétitifs, ainsi que celle du retrait autistique, Livoir-Petersen n'accuse pas l'environnement d'être responsable de ces mécanismes. L'environnement n'est plus ici considéré comme un facteur agissant sur l'enfant mais comme un facteur agi par l'enfant : « *L'environnement permet, ou non, la révélation de certains aspects du génome, et, d'autre part, subit les effets du potentiel de l'enfant.* » (p.50).

Ce n'est pas l'environnement qui détermine le fonctionnement de l'enfant mais le fonctionnement de l'enfant qui détermine sa perception de l'environnement. Cette hypothèse est donc tout à fait compatible avec l'approche neuropsychologique puisqu'à l'origine de la perception spécifique de l'environnement par la personne avec autisme, se trouvent des distorsions du traitement de l'information perceptivo-motrice, un dysfonctionnement dans l'intégration des stimuli sensoriels⁹. C'est à la perception du réel ainsi livré que s'adapte, de manière déviante, l'enfant avec TED, en cherchant à éviter les éléments qui, dans son environnement, le déstabilisent et au premier rang desquels se trouvent les individus de son entourage dont il ne parvient pas à interpréter les signaux.

On voit donc ici tout l'intérêt de l'approche psychopathologique dynamique, dès lors qu'elle est mise en relation avec l'approche neurodéveloppementale et notamment neurocognitive et non en concurrence avec elle.

Les classifications, internationale, américaine et française, ne sont donc pas incompatibles (ce qui s'incarne dans les tableaux de correspondance¹⁰), dès lors qu'on ne commet pas l'erreur d'intégrer, dans une classification concernant les TED, des pathologies mettant en jeu des mécanismes psychopathologiques réactifs à des données exogènes, en l'occurrence le milieu familial, comme cela semble être

⁹ Voir infra : III, 2 : « Les capacités du nouveau-né versus les troubles autistiques de la perception ».

¹⁰ Cf. Annexe II : « Tableaux de correspondances entre les classifications ».

inopportunément le cas dans la très controversée catégorie nommée « *dysharmonies psychotiques*¹¹ » .

Toutes ces problématiques autour de la définition et de la classification des TED ont pour conséquence, notamment, de rendre difficile la détermination de la prévalence.

I.3 Epidémiologie : prévalence

I.3.1 Le contexte français : manque de données fiables

En France, les associations de parents, et à leur suite, le ministère délégué en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, dénoncent un manque criant en matière de diagnostic et, plus encore, en matière de diagnostic précoce. Lors de la *présentation du 3^{ème} Plan Autisme (2013-2017)*, M.-A. Carlotti, ministre déléguée, rend compte des avancées en la matière, soulignant notamment les travaux réalisés par la HAS et l'ANESM, qui ont abouti à l'élaboration de la *Recommandation de bonne pratique (HAS /ANESM, 2012)*. Pour autant, elle reconnaît que « *l'autisme est encore mal et trop tardivement diagnostiqué (...). En 2012, seules 75000 personnes avec autisme ou autre TED étaient diagnostiquées et prises en charge dans le milieu médico-social et moins de 20% d'entre elles bénéficiaient d'un accompagnement au sein d'une structure dédiée.* » (2013).

Pour se rendre compte du « *décalage entre les ambitions du plan et ce qu'on peut observer comme changement sur le terrain*¹² », il faut se référer aux données épidémiologiques.

Le premier problème qui se pose est celui de l'accès aux données statistiques.

On trouve ainsi, jusque dans le discours de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme, M. Touraine, des estimations pour le moins approximatives : « *Nous ne savons pas non plus exactement combien de personnes*

¹¹ Catégorie 1.04 de la CFTMEA-R-2012. Se reporter, Annexe III, au descriptif de cette catégorie, qui met en avant des facteurs environnementaux.

¹² D. Langlois, déléguée générale d'Autisme France, une structure qui représente 10000 familles, citée par *Le Monde* du 09.10.2014 par F. Béguin : « *plan autisme : des signaux positifs en attendant la « révolution culturelle.* » »

sont atteintes en France : selon les définitions, les estimations varient entre 250000 et 600000 personnes ! » (2013).

Cette imprécision dans les données épidémiologiques s'explique par deux facteurs : le manque d'études épidémiologiques à l'échelon national et un biais introduit dans le recueil des données au niveau international, qui tient aux évolutions concomitantes de la définition et de la méthodologie diagnostique.

I.3.2 Des données en constante évolution :

En France, la dernière étude épidémiologique sur laquelle on puisse s'appuyer date de 2002 (INSERM). Elle indique une prévalence de 27,3/10000 pour l'ensemble des TED et de 9/10000 pour l'autisme infantile, un taux qui est donc très proche de celui issu de la revue systématique de Fombonne, dans sa mise à jour de 2003, soit 27,5/10000 pour l'ensemble des TED et 10/10000 concernant l'autisme infantile.

Le problème est que ces données sont en constante évolution : dans sa mise à jour de 2009, Fombonne aboutit à un taux de 63,7/10000 pour les TED et de 20,6/10000 pour l'autisme infantile : le taux de prévalence aurait plus que doublé en l'espace de 6 ans !

Par conséquent, les données nationales, même si elles ne paraissent pas, au premier abord, si anciennes que cela, sont incontestablement « périmées » !

Il était bien prévu, dans le précédent plan Autisme (2008-2010), d'étudier l'épidémiologie de l'autisme et des TED à l'échelon national (mesure 2 du plan) mais, en 2013, le 3^{ème} plan (2013-2017) déplore toujours un manque cruel de données (p.5).

On n'a donc pas d'autre choix que de recourir à une estimation sur la base d'études internationales, et c'est ce qu'a fait la HAS, aboutissant au taux alarmant d'un nouveau-né sur cent cinquante concerné par l'autisme et les TED (HAS, 2010).

A noter cependant que la méta-analyse de Fombonne (2009) a été réalisée à partir de 43 études menées dans 15 pays différents, que certains pays sont surreprésentés (11 études pour le seul R-U), que les résultats varient d'un pays à l'autre, d'une étude à l'autre et ce, en partie, pour des raisons de méthode de recueil des données, avec une variation concernant l'âge des populations incluses, les

sources (qui peuvent être administratives ou fondées sur des évaluations directes), la taille des aires géographiques incluses et les classifications utilisées¹³.

Toujours est-il que globalement, si on considère les données internationales recueillies par Fombonne à partir des études publiées depuis 1966, on observe une augmentation alarmante de la prévalence : la FFP évoque un facteur d'environ 1 à 10 entre les estimations basées sur les études publiées avant 1990 et les estimations actuelles (FFP/HAS, 2005, p.23).

Face à cette augmentation considérable, de multiples facteurs ont été évoqués, principalement en lien avec des changements environnementaux et migratoires, mais l'hypothèse la plus consistante semble être celle d'une augmentation apparente plutôt que réelle, qui serait due à plusieurs biais : une meilleure connaissance –et donc une reconnaissance accrue- de ces troubles (les personnes atteintes seraient davantage et mieux identifiées qu'auparavant), une évolution des critères diagnostics rendant difficile la comparaison avec les données issues d'études antérieures, basées sur des critères sensiblement différents, avec une tendance à l'élargissement de la définition, incluant désormais aussi bien des formes « légères » que des formes avec polyhandicap et retard mental sévère auparavant classées ailleurs et enfin, un avancement de l'âge du diagnostic, augmentant les chiffres concernant les plus jeunes (Lenoir et al., 2009).

Les données relatives aux TED évoluent donc, posant un problème concernant leur recueil, et, partant, l'évaluation quantitative des populations concernées.

Toutefois, cette évolution même constitue avant tout un signal positif : elle témoigne d'une meilleure connaissance des troubles et de méthodes diagnostiques plus efficaces.

Ces méthodes et leur appropriation par les professionnels de santé demeurent cependant insuffisantes, en particulier dans le domaine du diagnostic précoce, lequel est fort heureusement en pleine restructuration à l'heure actuelle.

¹³ Selon les études, le référentiel utilisé est soit la CIM-10, soit le DSM IV.

II- LE DIAGNOSTIC PRECOCE

Une situation paradoxale :

L'autisme est défini comme un trouble d'apparition précoce, et même très précoce si l'on se réfère à la définition de l'autisme infantile (début avant trois ans), mais il n'est diagnostiqué que tardivement. En moyenne, le premier avis médical serait demandé par les parents aux alentours de l'âge de deux ans tandis que le diagnostic ne serait établi que quatre ans plus tard, vers six ans, et même onze ans en ce qui concerne le syndrome d'Asperger (Howlin et Moore, 1997).

« L'errance diagnostique » si souvent déplorée n'est pas seulement imputable aux difficultés inhérentes aux contingences d'une organisation sanitaire territoriale encore insuffisante. Elle tient aussi aux difficultés propres à la clinique précoce de l'autisme, au premier rang desquelles on trouve la question de l'âge de début des troubles autistiques et celle du type de manifestations en fonction de cet âge, la question des signes précoces se posant différemment selon le stade de développement auquel on s'intéresse.

II.1 Age d'apparition des troubles et nature des premiers symptômes

II. 1.1 Premières inquiétudes parentales

Comme on ne peut se fier à l'âge auquel le trouble est diagnostiqué, ce sont les informations livrées par les parents au sujet de leurs premières inquiétudes qui fournissent, non l'âge du début des troubles, mais du moins l'âge auquel les premières anomalies sont perceptibles par des non spécialistes, et qui permettent donc de fixer une limite supérieure.

D'après des enquêtes rétrospectives systématiques, menées auprès des parents, la plus grande partie d'entre eux situaient le début des troubles seulement au cours de la deuxième année de vie (Rogers et Di Lalla, 1990) tandis que l'âge moyen du début des troubles, évalué par des cliniciens expérimentés, était de 12,7 mois (Volkmar et al, 1994, cités par Fombonne & Giacomo, 2000).

L'étude de Fombonne et Giacomo (2000) aboutit à un âge moyen de 19,1 mois concernant l'âge des premières inquiétudes parentales et à un âge moyen de

24,1 mois pour la première consultation demandée suite à ces premières inquiétudes.

II.1.2 Nature des premiers symptômes remarqués par les parents

Quant à la nature des premiers symptômes remarqués par les parents, elle concerne massivement le retard de parole/langage, noté par 74,4% d'entre eux, ce trouble constituant le premier symptôme remarqué pour plus de la moitié des parents (Fombonne et Giacomo, 2000).

Au second rang, on trouve les ISR, avec une réponse émotionnelle anormale notée par 39% des parents. Pour 17% d'entre eux, ce symptôme correspond au premier signe d'alerte.

Les troubles du comportement de type autistique (comme le maniérisme des doigts ou des mains), notés par 14,6% des parents, ne représentent le premier symptôme à être remarqué que pour 3,7% d'entre eux, derrière les troubles du comportement non spécifiques (comme par exemple l'hyperkinésie), notés par un quart des parents, ce type de trouble constituant le signe inaugural pour 9,8% d'entre eux.

Donc, d'après cette enquête rétrospective, les premiers signes alarmants concernent très majoritairement les deux premiers critères de la définition (CIM-10) tandis que les symptômes correspondants au troisième critère ne sont que rarement notés et ne constituent un signe d'alarme que de façon marginale.

II.1.3 Recherche des premiers signes autistiques

Comme le recours aux données fournies par les parents (que ce soit à travers les enquêtes rétrospectives systématiques dont nous venons de rendre compte ou par le biais des récits anamnestiques, seule source de recueil jusque dans les années 80), est forcément entaché de subjectivité, voire de déni, et est tributaire de la mémoire de l'entourage (inévitablement sélective), les chercheurs ont eu recours à d'autres méthodes : l'étude des vidéos et films familiaux, les études prospectives pour la validation des instruments de dépistage et les études prospectives portant sur les bébés « à haut risque » (Burzstejn, 2009, pour une revue).

De l'analyse des vidéos familiales des bébés diagnostiqués autistes ultérieurement, il ressort essentiellement des anomalies ayant trait aux modalités de communication, sur le plan expressif (rareté du sourire social, des contacts visuels et

pauvreté des expressions émotionnelles) et sur le plan réceptif (retard ou absence de réponse à l'appel du prénom) ainsi que des anomalies en lien avec les fonctions de communication : moins de regards adressés à autrui et peu de présentation d'objets. Sur le plan sensori-moteur, sont notées des anomalies de l'orientation vers un stimulus visuel et des anomalies dans les déplacements, ainsi qu'une hypotonie.

Rares sont donc ce qu'on peut appeler des signes « positifs¹⁴ », le bébé autistique se signalant davantage par un comportement communicatif « en creux », par une absence, une rareté ou une pauvreté dans l'expression, la réception et l'exploitation des signaux communicatifs (Guidetti & al., 2004 ; Bernard & al., 2002).

Les résultats obtenus par le moyen des études sur les frères et sœurs puînés d'enfants autistiques¹⁵ (Zwaigenbaum et al, 2005, cités par Bursztejn, 2009) corroborent ces constatations, signalant dans cette population, à douze mois, des anomalies du sourire social, du regard (concernant le contact visuel, le désengagement de l'attention, l'exploration), de l'orientation à l'appel du prénom, des comportements d'orientation sensorielle, de la réactivité et de l'imitation.

Toutefois, le même groupe de recherche (Bryson et al, 2007, cités par Bursztejn, 2009) a rapporté chez certains enfants des signes « positifs », comme une tendance à la fixation sur les objets et d'autres comportements sensoriels et moteurs atypiques et répétitifs, se manifestant à partir de 12 mois et s'accroissant à 18 mois. Cette dernière recherche, quoique détaillée et minutieuse, ne porte cependant que sur un échantillon très restreint, caractérisé par une baisse importante (19 à 41 points) du QI – qui était dans les limites de la normale à 12 mois.

Enfin, toujours dans le cadre de la même recherche, Loh et al (2007, cités par Bursztejn, 2009) ont montré que des comportements moteurs stéréotypés et des anomalies de la posture pouvaient être repérés dès l'âge de 12 mois.

Néanmoins, comme l'essentiel des anomalies repérées concerne le domaine socio-communicatif, sous la forme d'une absence ou d'une pauvreté du répertoire, d'autres études se sont concentrées sur le développement de ce domaine, en cherchant à repérer les comportements dont l'apparition, chez le bébé typique, constituent des repères fiables, des constantes acquises en fonction d'un âge

¹⁴ Sont dits « positifs » les signes manifestes de l'autisme comme les stéréotypies, les comportements moteurs et sensoriels spécifiques vs l'absence d'un comportement typique.

¹⁵ Rappelons que la prévalence concernant cette population est de 3 à 10 fois supérieure à celle observée en population générale.

chronologique et, partant, dont l'absence constituerait un signe d'alerte caractéristique de TED.

Ainsi, le test de 26 indices du développement socio-communicatif dans les conditions des examens de santé du 9^{ème} mois, par Bursztejn et al (2007, cités par Bursztejn, 2009), permet de retenir huit indices comportementaux présents chez 95% des bébés de 9 mois :

- contact œil à œil facile
- absence d'anomalie du regard
- expression appropriée des émotions
- regarde les objets qu'on lui tend
- prend les objets qu'on lui tend
- sourit à sa mère ou à une autre personne
- réagit quand on lui parle
- réactions posturales normales

II.1.4 Différents modes d'entrée dans la pathologie

Enfin, le dernier aspect développemental que nous révèlent ces études, c'est qu'il existe plusieurs modes d'entrée dans la pathologie, avec des symptômes qui peuvent être perceptibles quasiment dès la naissance ou bien plus tardivement, soit sous la forme d'un arrêt ou d'une absence de progression (absence d'apparition de « comportements clés »), soit sous la forme d'une régression (perte des acquis et progression du retrait autistique), soit encore selon un mode fluctuant.

Citons notamment, parmi les études réalisées à partir des vidéos et des films familiaux, celles de Maestro et al (1999-2005, citées par Bursztejn, 2009), qui distinguent trois modes d'installation des symptômes autistiques, dont deux majeurs :

- Dans près de 50% des cas, les troubles s'installent dès le deuxième semestre de vie, sous la forme d'un manque de vitalité, le bébé paraissant apathique, indifférent et développant peu ou pas d'échanges interactifs.
- Dans près de l'autre moitié des cas, c'est aux alentours de 18 mois qu'on observe la disparition progressive des réactions à l'environnement et la diminution des gestes communicatifs, le très jeune enfant s'enfonçant peu à peu dans l'isolement.

- Un troisième groupe de cas, plus rare, présente, entre 6 et 8 mois, des fluctuations comportementales sur le plan des interactions.

II.2 Implications sur le plan du dépistage et du diagnostic précoces

Concernant le dépistage, prodrome nécessaire au diagnostic, et dans le cadre d'une politique sanitaire en pleine réorientation¹⁶, on peut inférer un certains nombres de conduites à tenir.

II.2.1 Principe de prudence et dépistage en plusieurs temps

Tout d'abord, il convient d'adopter un principe de prudence, en raison de facteurs de distorsion, intervenant toujours en matière développementale, mais plus prégnants encore en ce qui concerne le développement de la pathologie autistique, à savoir : la variabilité inter individuelle inhérente au développement typique, l'hétérogénéité des tableaux cliniques, la diversité des modes d'entrée, en termes d'âge et de symptomatologie et enfin, par combinaison des facteurs précédents, l'évolution des symptômes au cours du temps, qui fait que, pour un même enfant, on n'observera pas les mêmes symptômes à tel ou tel moment de son développement.

Ces facteurs développementaux, ces variations inter et intra individuelles, conduisent à suggérer un dépistage en plusieurs temps, à l'occasion des examens systématiques de santé ayant lieu durant les deux premières années de vie, afin de se situer au plus près de l'émergence des symptômes.

II.2.2 Définition de signes d'alerte

Pour que ce dépistage soit efficace, il importe de sensibiliser les professionnels de première ligne ainsi que les parents (donc le public) aux premiers signes devant attirer l'attention.

C'est ainsi que des recommandations sur le diagnostic précoce de l'autisme ont été publiées aux Etats-Unis (1999) et en Grande-Bretagne (2003), au sein desquelles ont été listés des signes d'alerte de TED à destination des

¹⁶ Nous exposerons plus précisément la nature de la réorganisation du dispositif sanitaire dans la deuxième partie de ce travail, dans le chapitre « 1.1 Contexte de l'étude ».

professionnels procédant au repérage par l'examen et /ou le témoignage des parents¹⁷.

S'inspirant de cette démarche, la FFP, en partenariat avec la HAS, a publié à son tour des signes d'alerte, certains étant considérés comme des « *signes d'alerte absolue* », document que nous reproduisons ci-dessous :

<p>Signes d'alerte d'un risque de TED (chez un enfant de moins de 3 ans) :</p> <p>1. Communication : perturbations dans le développement du langage, utilisation inappropriée du langage, peu de réponses quand on l'appelle par son prénom, déficits dans la communication non verbale.</p> <p>2. Socialisation : manque d'imitation, ne montre pas les objets à l'adulte, manque d'intérêt pour les autres enfants ou intérêts inhabituels, difficultés à reconnaître les émotions d'autrui, restriction des jeux imaginatifs en particulier, dans son monde, n'initie pas des jeux simples ou ne participe pas à des jeux sociaux imitatifs, préfère les activités solitaires, relation étrange avec les adultes (indifférence ou familiarité excessive).</p> <p>3. Intérêts, activités et autres comportements : hypersensibilité tactile ou auditive, maniérisme moteur, balancements, agressivité, conduites oppositionnelles, résistance aux changements, activités répétitives avec les objets (par exemple pour les aligner ou éteindre/allumer la lumière).</p> <p><u>Signes d'alerte absolue :</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ absence de babillage, de pointer ou d'autres gestes sociaux à 12 mois ;○ absence de mots à 18 mois ;○ absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois ;○ Perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.
--

Tableau a (adapté de Baird et al. 2003, in : FFP/HAS, 2005).

Dans le *Résumé des recommandations* (FFP/HAS, 2005), qui constitue un outil dont la diffusion est plus efficace que les documents intégraux de la HAS, on trouve également des signes concernant de manière plus ciblée les enfants de 18 mois et moins, cet âge étant choisi en fonction du tournant qu'il représente d'un point de vue développemental sur le plan de la communication mais aussi en fonction de l'âge des examens systématiques de santé, cadre privilégié du dépistage : « *Autour de 18 mois en moyenne, mais parfois avant, certains signes doivent alerter sur un risque d'évolution vers un TED et nécessitent avis et bilans spécialisés, en même temps que démarrent des mesures d'accompagnement de l'enfant et de sa famille : passivité, niveau faible de réactivité/anticipation aux stimuli sociaux, difficultés dans l'accrochage visuel, difficultés de l'attention conjointe, retard de langage, absence de pointage, absence de comportement de désignation des objets à autrui, absence de jeu de « faire semblant »* (p.18).

¹⁷ Document reproduit en Annexe IV.

II.3 Le diagnostic avant trois ans est-il possible ?

II.3.1 A partir de quel âge peut-on poser un diagnostic fiable ?

En ce qui concerne le diagnostic proprement dit, il importe d'étudier la stabilité au cours du temps des diagnostics posés précocement, afin de déterminer un âge à partir duquel on peut considérer le diagnostic comme étant fiable.

Comme la présentation symptomatologique de l'autisme change avec l'âge chronologique et le développement, il ne faut pas s'attendre à observer un tableau complet de signes de TED avant l'âge de trois ans. Les études dont nous avons rendu compte précédemment convergent dans leur grande majorité sur l'observation, avant l'âge de 2-3 ans, de signes essentiellement négatifs, c'est-à-dire de compétences que l'enfant n'a pas acquises à l'âge attendu, et ce, essentiellement dans le domaine des ISR et de la communication verbale et non verbale, le critère des intérêts, activités et comportements restreints, stéréotypés et répétitifs étant plus rarement observé à cet âge, rendant le diagnostic de TED particulièrement difficile à poser chez des enfants de moins de 2-3 ans.

Ce dernier est cependant possible, compte tenu d'une distinction concernant les différents sous-groupes pathologiques définis par la classification internationale quant à la stabilité du diagnostic.

Le tableau, reproduit en annexe¹⁸ à partir de l'article de Charman (2009), montre une stabilité très élevée du diagnostic précoce d'autisme typique, avec une stabilité moindre du diagnostic élargi (TSA dans le document), et une variabilité non négligeable des trajectoires développementales dans ce dernier cas.

Les recommandations de la HAS concluent donc à des troubles suffisamment stables à partir de 3 ans pour permettre un diagnostic fiable d'une part, et, à un diagnostic pouvant être posé de façon fiable aussi à partir de 2 ans, « *pour un fort pourcentage de cas* », d'autre part. (p.13 du *Résumé des recommandations*, FFP/HAS, 2005).

II.3.2 Validité des outils de dépistage et de diagnostic

Reste une dernière variable, et non des moindres : les résultats varient en fonction de la procédure diagnostique appliquée : en effet, plusieurs études

¹⁸ Voir Annexe V : « Etudes sur la stabilité du diagnostic précoce ».

(rapportées par Charman, 2009), concluent qu'à 2 ans, le jugement d'un expert s'avère plus fiable que les outils diagnostiques ADI-R (Rutter & al., Autism Diagnostic Interviewed-Revised, 1994) et ADOS-G (Lord & al., Diagnostic Observation Schedule, 2003), comme le signalait déjà le document édité par la FFP/HAS (op. cit. p.28) au sujet de la comparaison entre le jugement d'un professionnel formé et expérimenté versus l'ADI en faveur d'une meilleure sensibilité du jugement de l'expert.

Ce qui est vrai des outils diagnostiques spécifiques l'est encore plus des outils de dépistage, soit en raison du fait qu'ils aient été conçus pour identifier des retards développementaux (et ne sont donc pas spécifiques aux TSA), comme le DDST-R (Denver Developmental Screening Test-Revised, 1992), le PEDS (Parents' Evaluations of Developmental Status, 1997) ou l'ADBB (Echelle Alarme Détresse du Bébé, 2004), soit parce qu'ils mesurent la sévérité des troubles de populations déjà identifiées (ABC, Autism Behavior Checklist, 1980)¹⁹, soit enfin parce que, quoique conçus pour un dépistage spécifique en population générale, ils peinent à être scientifiquement validés, du moins dans leur version française. C'est le cas de la CHAT (CHecklist for Autism in Toddlers, 1992), conçue pour pronostiquer l'autisme à 18 mois. Cet outil évalue des compétences clés, centrées sur l'émergence de l'attention conjointe et du jeu symbolique mais, en dépit d'une valeur prédictive²⁰ élevée, il présente une sensibilité²¹ insuffisante.

Cependant, un partenariat entre les parents et les professionnels, soit l'utilisation combinée de tests et de questionnaires parentaux, augmente l'efficacité d'un instrument (Glascoe, 1999), résultat indiquant une piste intéressante quant aux modalités de la démarche à adopter, tant au niveau du dépistage qu'à celui du diagnostic.

II.3.3 Diagnostic précoce : limites et bénéfices

Dans ces conditions, on peut légitimement s'interroger sur l'intérêt et la légitimité d'un diagnostic précoce.

¹⁹ C'est aussi le cas de la CARS (Childhood Autism Rating Scale, 1980), outil diagnostique mis au point dans le cadre éducatif de la méthode TEACCH par Schopler et al.

²⁰ Valeur prédictive positive : proportion d'enfants atteints ayant reçu un résultat positif au test : nombre de cas correctement identifiés/nombre de cas identifiés (y compris les faux positifs).

²¹ Sensibilité : proportion d'enfants avec un trouble effectivement identifiés par le test (vrais positifs) par rapport au nombre total de cas réels. Une faible sensibilité signifie donc que les enfants ayant été identifiés par le test l'ont été à juste titre mais qu'une proportion conséquente d'enfants atteints n'ont pas été repérés.

Comme nous venons de le voir, les données développementales susceptibles d'infléchir la validité du diagnostic ainsi que l'efficacité relative des outils concernant les très jeunes enfants incitent à la prudence.

On peut ajouter à ces restrictions un autre aspect : les modalités de prise en charge des 0-6 ans puisque, du moins au sein des CAMSP, spécialisés, comme leur nom l'indique, dans le suivi précoce, la prise en charge est possible sans diagnostic préétabli. Aussi, nombre de professionnel exerçant dans ces structures ne sont pas favorables au principe du diagnostic précoce²², susceptible selon eux de déboucher sur des erreurs diagnostiques, non seulement stigmatisantes et traumatisantes mais comportant aussi le risque de figer la situation.

Néanmoins, d'autres arguments plaident en faveur d'un diagnostic précoce.

Il existe une pression indéniable de la part des familles en faveur du diagnostic précoce : selon elles, le pire est de ne pas savoir, de ne pouvoir mettre un nom sur les souffrances de leur enfant, l'ignorance limitant leur capacité à aider et soutenir celui-ci.

Un diagnostic précoce limiterait l'errance et le stress des familles, leur ouvrirait l'accès à l'information et à des conseils pratiques et leur permettrait, enfin, de bénéficier des moyens désormais mis en place parmi lesquels on trouve notamment la possibilité d'une inclusion scolaire au sein des UEM (unité d'enseignement en maternelle), qui ont ouvert leurs portes à la rentrée 2014, et l'obtention de moyens compensatoires comme les AVS (auxiliaires de vie scolaire), ce type de dispositifs étant subordonné à une notification MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée) et donc à un diagnostic formel.

En outre, un diagnostic précoce limiterait le risque de survenue de situations de surhandicap (aggravation des troubles et complications comportementales) et permettrait l'identification et la prise en charge de troubles associés.

Il rendrait également possible une prise en charge précoce adaptée, ciblée sur le développement des capacités de communication et susceptible de déboucher sur des améliorations substantielles qu'une prise en charge tardive risquerait de compromettre de manière définitive.

La communauté scientifique s'accorde en effet sur le fait que les thérapies précoces sont plus efficaces, la plasticité cérébrale étant maximale avant l'âge de

²² Nous avons pu le vérifier lors du colloque de l'ANECAMSP de septembre 2014 à Paris.

quatre ans. Il est donc primordial d'intervenir avant cet âge, en mettant en place une rééducation des fonctions déficientes (Blanc & al. 2013 ; Rogers & Dawson, 2013, p.37).

Enfin, le diagnostic précoce possède en lui-même des vertus thérapeutiques, en permettant aux parents, au contact des professionnels, de mieux comprendre leur enfant et ainsi, de mieux adapter leur éducation, leur communication, leur lieu de vie. Leur mise à contribution lors des examens diagnostiques (entretien, anamnèse) et l'alliance thérapeutique avec des professionnels de santé susceptibles de mettre en place une guidance parentale, leur donnent les moyens d'être plus attentifs aux tentatives de communication de leur enfant, si ténues soient-elles, de repérer et d'identifier des signaux de communication, même subtils, d'apprécier et d'encourager des progrès difficiles à repérer sans formation aucune, d'adopter des attitudes adaptées ou encore des moyens de communication augmentés ou alternatifs (CAA) et une organisation fonctionnelle de leur lieu de vie : structuration de l'espace et organisation de l'emploi du temps lisibles pour l'enfant et lui permettant d'anticiper, réduisant ainsi son angoisse face à l'inconnu.

Quant au risque d'erreur diagnostique que nous avons évoqué plus haut, il doit inciter les professionnels à prendre des précautions, notamment en matière d'annonce : en cas de doute diagnostique, il est conseillé d'adopter un cadre diagnostique plus large, en évoquant des « *troubles du développement dont la nature est à préciser* » (FFP/HAS, 2005 et HAS, 2010), en introduisant la notion de « suspicion » et en engageant une « *discussion sur les possibles* », les parents étant accessibles, pour peu qu'on prenne le temps de le leur expliquer, au caractère incertain des évaluations développementales (Charman, 2009). Un conseil approprié s'avère, en tout état de cause, nécessaire, et doit encourager les professionnels à consacrer du temps aux parents lors de l'annonce des résultats des différentes évaluations diagnostiques et fonctionnelles.

De plus, même si des évolutions favorables viennent remettre en cause un diagnostic de TED posé précocement, les enfants qui présentent, entre deux et trois ans, des anomalies dans le développement de la communication et des interactions sociales, ont généralement un développement ultérieur atypique qui, s'il ne relève pas d'un TED typique, justifie néanmoins que ces enfants fassent l'objet d'un suivi et d'une attention particulière.

Il apparaît donc essentiel d'évaluer, dès le plus jeune âge, le développement des capacités communicatives, lesquelles incarnent à la fois le point de convergence des différentes catégories d'un ensemble de troubles (les TED ou TSA) dont nous avons défini le caractère fondamentalement hétérogène, et constituent, sur le plan développemental, le premier domaine à être atteint, ou du moins le premier domaine dans lequel on puisse identifier, en l'absence de signe pathognomonique, de marqueur biologique ou de test univoques, des symptômes caractéristiques.

Avant de préciser les modalités de cette évaluation et le rôle de l'orthophoniste dans cette démarche, nous nous arrêterons sur cette notion centrale : la communication sociale précoce.

III- LA COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE

Qu'entend-on par cette locution, issue de la psychologie développementale : « communication sociale précoce » ?

Après avoir défini la notion de communication et son lien avec le contexte social, nous tenterons d'identifier, à travers l'approche pragmatique, quelles capacités elle met en jeu puis comment ces capacités se mettent en place au cours du développement précoce, préfigurant et conditionnant l'apparition et la structuration du langage.

Parallèlement, nous tenterons de préciser dans quelle mesure ces mêmes capacités peuvent être défailtantes chez le jeune enfant avec TED, entravant l'harmonie de son développement socio-communicatif.

III.1 Perspectives pragmatiques et développementales

III.1.1 Définition de la communication : une relation étymologiquement inscrite dans la sphère des interactions sociales

L'expression « communication sociale » peut paraître quelque peu redondante, en particulier en regard du sens originel du terme « communication ».

En effet, ce nom, « emprunté (fin XIIIème – début XIVème) au dérivé latin « *communicatio* » (« mise en commun, échange de propos, action de faire part ») a été introduit en français avec le sens général de « manière d'être ensemble » et envisagé dès l'ancien français comme un mode privilégié de relations sociales (v.1370). » (Rey, 1993).

Le mot « communication », dès ses premiers emplois en français, apparaît spécialisé dans le domaine des rapports humains, s'inscrivant d'emblée dans la sphère des interactions sociales. L'acte communicatif prend corps, dès l'origine, dans la relation entre deux ou plusieurs personnes et caractérise la manière dont cette relation se déploie. La dimension pragmatique est donc consubstantielle à la notion de communication et celle-ci s'actualise d'emblée dans le cadre de la société, de la collectivité humaine, cadre qui constitue ses conditions d'émergence, de développement et détermine les règles qui participent à sa structuration.

Si, en matière de psychologie du développement et en particulier dans la définition réactualisée des TED (DSM V), on spécifie le terme « communication » en qualifiant cette dernière de « sociale », c'est avant tout parce que, dans la définition originale de cette pathologie, on distingue, de manière quelque peu artificielle et confuse, les « interactions sociales réciproques » d'une part (critère 1), et la communication verbale et non verbale d'autre part (critère 2).

Le sens étymologique du verbe « communiquer », emprunté (vers 1370), au latin « *communicare* » (« avoir part, partager » [→ « communier »] puis, « être en relation avec », relation notamment exprimée par le préfixe « cum ») permet de caractériser de manière opérationnelle, selon nous, la dimension essentielle et commune aux différentes catégories de la constellation autistique, à savoir : les difficultés relationnelles, l'atteinte de la faculté de partager ses émotions et opinions et de participer de manière empathique à celles d'autrui, en adoptant son point de vue, ce qui suppose que l'on reconnaisse l'autre ou mieux, que l'on se reconnaisse dans l'autre.

III.1.2 communiquer : décoder et inférer

Notions de sémiotique :

On ne communique pas uniquement avec des mots. Pour preuve, les difficultés auxquelles sont confrontés les personnes atteintes du syndrome

d'Asperger, et qui, bien qu'elles maîtrisent le langage d'un point de vue formel, demeurent handicapées sur le plan de son utilisation (ou plan pragmatique) : « Vous pouvez avoir un prix Nobel et ne pas savoir dire bonjour de manière socialement adaptée. Ce sont des facultés complètement distinctes (...). Vous faites un jour l'effort d'entrer en contact avec votre camarade de classe. Donc, le matin, au moment où il arrive, vous lui dites : « Bonjour, Monsieur. », sauf que c'est raté, parce qu'il n'a que sept ans et les enfants de sept ans ne se disent pas « bonjour madame, bonjour monsieur²³. »

Ici, l'indice sémiotique qui n'a pas été pris en compte, c'est le statut de l'interlocuteur. Cet élément fait partie de la situation d'énonciation, du contexte dans lequel s'inscrit l'échange.

La communication se définit donc également comme un système de signes, produits et interprétés, le mot n'étant qu'un signe (certes, privilégié en termes de précision et d'efficacité) parmi d'autres, le langage un code parmi d'autres, comme le code vestimentaire ou les codes gestuels, la voix un canal parmi d'autres, comme le canal visuel ou le canal proprioceptif.

C'est cet ensemble de signes qu'il s'agit pour l'interlocuteur de décoder, d'interpréter, sachant que le signe, en communication, est protéiforme : « Un signe est quelque chose qui tient lieu pour quelqu'un de quelque chose, sous quelque rapport et à quelque titre » (Pierce, 1867, cité par Duchêne, 2005).

La difficulté tient avant tout au fait qu'un signe (et a fortiori un ensemble de signes multi codaux et multi canaux) ne possède pas un sens univoque. Il est à interpréter par l'interlocuteur en fonction d'un contexte.

Ce contexte, on peut le représenter de manière schématique par la situation de communication, à l'exemple du linguiste Roman Jakobson :

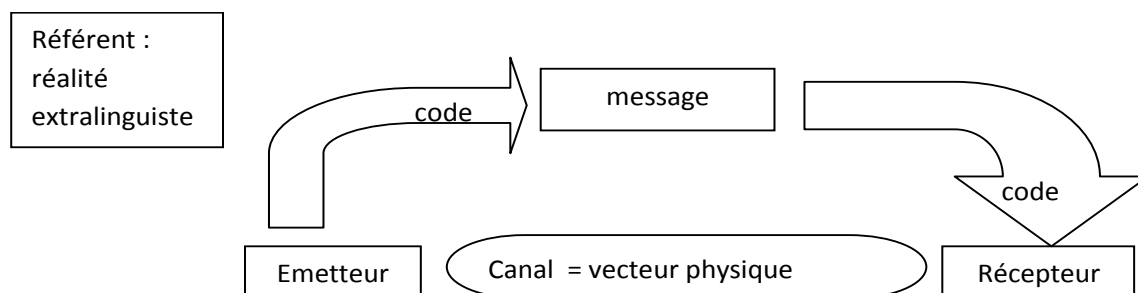


Figure 1 : Adapté du schéma de communication de Jakobson, 1963

²³ Citation tirée d'un témoignage télévisé de J. Schovanec (Sophie Revel, *Le cerveau d' Hugo*).

Pour interpréter le message, l'interlocuteur doit donc décoder l'ensemble des éléments de la situation de communication.

Théorie de la pertinence :

Interpréter ne revient pas seulement à décoder des signes physiquement présents dans une situation. Il s'agit pour le récepteur de faire des inférences (des déductions) quant aux intentions réelles de l'émetteur. Par exemple si E (l'émetteur) se trouve, par une froide journée d'hiver, dans une pièce dont la fenêtre est ouverte et qu'il dit, en frissonnant et en regardant ostensiblement R (le récepteur), qui se tient près de cette fenêtre : « Tu ne trouves pas qu'il fait froid ? », R. est amené à interpréter la part d'implicite dans le discours de E qui, vraisemblablement, souhaite que R ferme la fenêtre. Ainsi, R interprète-t-il la demande formelle de confirmation de E comme une demande de type jussif.

Il existe donc un décalage entre la forme employée et la fonction de communication exprimée, le récepteur ayant à combler ce décalage en se plaçant du point de vue de l'émetteur, en tenant compte de la situation d'énonciation, dans l'exemple, des éléments ayant trait à la météo, à la configuration des lieux et des éléments pertinents qui le composent (en l'occurrence la fenêtre ouverte), et en interprétant les signaux non verbaux émis par E : frisson, geste de se frotter les bras, intonation, regard adressé à R et impliquant une action de la part de celui-ci.

Ce qui est vrai de la communication des adultes, quant à la nécessaire interprétation des messages et à la coopération entre interlocuteurs qu'elle implique (Grice, 1979), nous semble encore plus vrai concernant l'interprétation des messages émis par le bébé, mais dans le cadre d'une relation asymétrique. En effet, plus l'enfant est jeune, plus les adultes de son entourage tendent à se substituer à lui pour interpréter ses intentions supposées.

Logique interlocutoire

Enfin, en raison de cette nécessaire coopération, condition de la réussite de l'acte communicatif (a-t-il atteint son but ?), il semble « pertinent » d'analyser cet acte dans une perspective interactionnelle ou séquentielle, en prenant en compte, non seulement l'acte de l'émetteur, mais aussi celui du récepteur, qui lui succède et, en quelque sorte, le complète.

A nouveau, la prise en compte de ce que Trognon (1999), notamment, nomme la logique interlocutoire, semble plus opérationnelle encore concernant les

interactions adulte (expert)/ bébé (néophyte), puisque le contenu intentionnel²⁴ du message est dans ce cas d'autant plus co-construit, évoluant par approximations successives vers le sens final.

Ainsi, le message, au cours de ce que Bruner, entre autres, qualifie de « *négociation* », apparaît en constante évolution, en fonction des signaux envoyés par le récepteur à l'émetteur.

Le schéma de la communication rétroactive (ou *feedback*) de Bateson (1975), illustre significativement ce processus

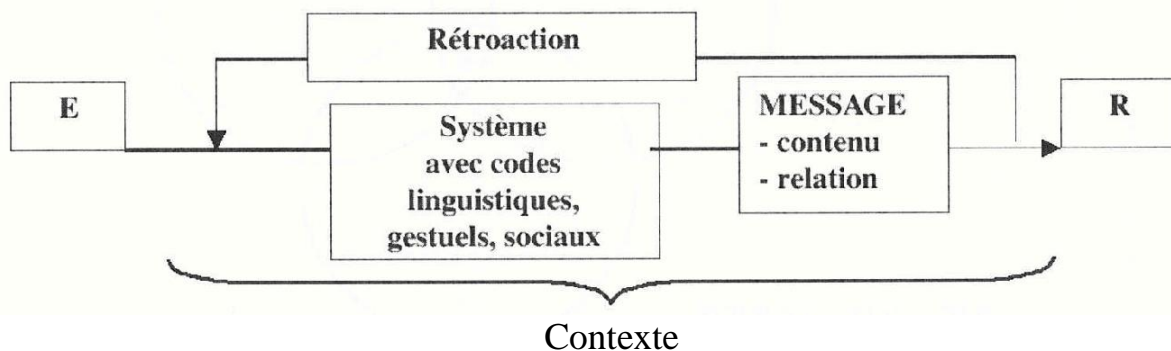


Figure 2 : Communication rétroactive ou « feedback » (d'après Bateson, 1950), In : Trognon, 2005.

La prise en compte de la séquence communicative est d'autant plus nécessaire dans le cas des confirmations et des réponses, des acquiescements et des refus, qui sont, par nature, conditionnés par un ou plusieurs actes les précédant.

Dans ces conditions, il semble difficile de faire l'économie d'une analyse de type séquentiel en ce qui concerne l'étude des énoncés, ou, plus généralement les actes communicatifs, et ce, d'autant plus au cours de l'évaluation du jeune enfant avec peu ou pas de parole.

III.1.3 La question de l'intentionnalité

Comme on le pressent dans les développements précédents, la communication suppose une intention. C'est elle qui motive l'émetteur et c'est elle que le récepteur cherche à interpréter.

Concernant le tout jeune enfant et, a fortiori, le bébé, il est donc légitime et même nécessaire de se poser la question de l'intentionnalité : à partir de quand et

²⁴ L'aspect intentionnel du message correspond à sa fonction, c'est-à-dire, chez J. Austin, à « l'acte illocutoire », ou chez J. Searle, à la « force illocutoire du message », à différencier de « l'acte locutoire », qui a trait au contenu propositionnel du message.

sur la foi de quels indices peut-on considérer que la communication est intentionnelle ? Et, tout d'abord, comment définir l'intention ?

Greenfield (1980, citée par Guidetti, 2003), propose une définition opérationnelle de l'intention : « *Le comportement intentionnel est dirigé vers un but et suppose que le sujet peut se représenter les conditions de satisfaction qui conduisent à stopper le comportement, une fois le but atteint* ». Reprenant à son compte le « modèle » de Bruner (1983) selon lequel ce sont les formats²⁵ (routines d'interactions sociales) qui servent à organiser les intentions communicatives de l'enfant, tout en fournissant à l'adulte un cadre d'interprétation, elle propose d'adopter une perspective séquentielle dans l'analyse des comportements communicatifs. Dans ce cadre dynamique, l'intention de chaque partenaire est négociée au cours de l'interaction.

Bates²⁶ et al (1979) définissent trois critères déterminants quant à l'évaluation de l'intentionnalité chez le jeune enfant : le changement dans le contact œil/œil, la modification des manifestations de l'enfant jusqu'à ce que son but soit atteint, le changement de la forme des signaux qui deviennent conventionnels. Ils proposent trois étapes développementales : un stade dit « *perlocutoire* », où l'enfant produit un effet systématique sur son auditeur mais sans contrôle conscient et intentionnel sur cet effet ; un stade, dit « *illocutoire* », situé après dix mois, en relation avec le stade V de l'intelligence sensori-motrice piagétienne²⁷ durant lequel l'enfant découvre de nouveaux moyens par l'expérimentation active et commence à développer des relations de causalité et à utiliser intentionnellement des signes non verbaux comme donner, montrer, pointer ; un stade locutoire enfin, où des vocalisations à caractère stable accompagnent les pointages proto-impératifs²⁸ ou les acquiescements gestuels²⁹.

On peut, certes, contester la terminologie employée, dans la mesure où elle reprend, en la détournant, celle d'Austin (1962), mais les propositions de Bates présentent l'intérêt de fournir des repères développementaux et des critères

²⁵ Cf. le paragraphe III.3.2 : Les « formats ».

²⁶ Cet auteur, de même que le psychologue Bruner, est explicitement revendiqué par les auteurs de l'ECSP en tant que référent théorique, sur les principes duquel est fondée l'ECSP.

²⁷ Les stades piagétiens sont repris et mis en correspondance avec les niveaux développementaux de l'ECSP par leurs auteurs (cf. Annexe VI), qui revendiquent, de surcroît, le cadre théorique néo-piagétien de Fischer (1980).

²⁸ Le pointage dit « proto-impératif » (par opposition à « proto-déclaratif ») est constitué par le geste de pointer de l'index de l'enfant en vue d'obtenir quelque chose (demande à fin environnementale).

²⁹ Geste conventionnel indiquant l'acquiescement comme hocher la tête en signe d'accord.

opérationnels. On peut toutefois préciser, avec Camaioni (1993, citée par Guidetti, 2003), membre de la même équipe de recherche, une étape décisive dans la mise en place de l'intentionnalité de la communication, à savoir : lorsque l'enfant, vers six mois, devient capable de coordonner son attention vis-à-vis des personnes et des objets, et d'établir un centre d'attention externe à l'interaction adulte-enfant. Cette étape est d'ailleurs décisive dans l'ECSP, que nous présenterons plus loin, puisqu'elle détermine en grande partie le passage, dans cette échelle, du niveau 2 au niveau 3.

Comme nous venons de le voir au sujet du développement de l'intentionnalité, le développement des compétences communicatives est lié à (et conditionné par) celui d'autres compétences acquises de façon concomitante par l'enfant au cours du stade sensori-moteur³⁰. C'est du moins le point de vue des néo-piagétiens, comme Fischer (1980), qui considère que « *c'est une même organisation cognitive qui soutient les comportements vis-à-vis des personnes et des objets* » (Guidetti & Tourrette, 1993, p.7).

Mais l'enfant, avant que le développement dont nous venons de parler ne se déploie, ne naît pas dénué de toutes compétences. Ce n'est pas, à proprement parler, la *tabula rasa* dont parlaient les Anciens. Et d'abord parce que son développement a commencé *in utero*. Le bébé naît équipé de capacités étonnamment adaptées au monde de la communication.

III.2 Les capacités du nouveau-né versus les troubles autistiques de l'intégration perceptive

Selon les théoriciens interactionnistes sociaux, dans la lignée de Wallon (1942), l'individu est social par essence et par nécessité, au point que pour eux, la question n'est pas de savoir « *comment l'enfant devient social mais comment il se développe socialement* » (Lehalle et Mellier, 2005).

Orienté de façon innée vers autrui, les compétences communicatives du bébé se développent, au cours des interactions sociales et affectives, à partir d'un substrat constitué par des capacités présentes à la naissance.

³⁰ Stade défini par Piaget et au cours duquel l'enfant développe une intelligence essentiellement pratique.

C'est en partie l'équipement neurosensoriel sur lequel se fondent les compétences interactives du nouveau-né qui semble perturbé chez les personnes avec autisme. C'est pourquoi nous présenterons, en regard des capacités et des différentes modalités qu'elles impliquent (proprioception, ajustement postural, contact visuel, traitement auditif, cohérence centrale), les troubles de l'intégration sensori-motrice qui brouillent la perception du monde de l'enfant atteint de TED.

III.2.1 Proprioception et ajustement postural : la communication par le corps

Avant même de communiquer par le regard, d'établir un contact œil/œil, le nouveau-né communique avec ses parents par le contact et le langage corporel.

La position de l'adulte qui tient le bébé dans ses bras, de manière plus ou moins détendue, plus ou moins crispée, conditionne celle du bébé et, inversement, l'adulte perçoit, de manière proprioceptive, l'état de tension ou de relâchement du bébé.

C'est d'abord par l'expressivité de son corps que le nouveau-né signifie à ses « caregivers » son état interne de bien-être ou de malaise, ses phases de repos ou d'éveil, son calme ou son dynamisme. Ce sont ses attitudes corporelles qui donnent lieu aux premières interprétations de son ressenti et de ses émotions par son entourage.

Dans le cas d'un syndrome autistique présent d'emblée, le nouveau-né, qui présente une dysrégulation tonique, est perçu par l'adulte comme « une poupée de chiffon » (hypotonie) ou, à l'inverse, comme « un bout de bois » (hypertonie). Le « *dialogue tonique* » et l'ajustement postural sont donc perturbés.

Par la suite, sur le plan neurofonctionnel, l'enfant avec TED présentera un défaut d'anticipation motrice. Selon Cattaneo et al (2007), il existe une altération du mécanisme d'organisation intentionnelle des chaînes motrices et, par conséquent, une difficulté à anticiper l'action d'autrui. Pour Gepner, qui étudie l'ensemble des désordres du traitement temporo-spatial des événements multisensoriels (Gepner, 2008), cette altération a pour origine un défaut d'intégration temporo-spatiale, en modalité proprioceptive, aboutissant à un découplage perception-action et à un « désaccordage » sensori-moteur (Gepner & Massion, 2002).

On connaît, par ailleurs, et depuis longtemps, les spécificités du toucher de l'enfant porteur d'autisme, qui se manifestent clairement au niveau comportemental : aversion pour le contact corporel (allant jusqu'à entraîner des situations de vie

quotidienne dramatiques au moment du bain ou de la douche, crises et hurlements lors de la coupe des cheveux), attirance atypique et intense pour certaines surfaces présentant des aspérités, comme par exemple le papier de verre, hypo ou hyper sensibilité à la douleur, besoin d'autostimulations tactiles et proprioceptives qui constituent une part du répertoire comportemental stéréotypé de l'autisme (critère 3) : « *Sont relevées des anomalies dans les postures, les comportements de tournoiement, tapotements, balancements, marche sur la pointe des pieds et auto-agression* » (Schopler & al., CARS-T, 1994).

Le toucher, ainsi désorganisé chez l'enfant autiste, est pourtant le sens qui se développe le plus précocement *in utero*, puisque l'embryon de deux mois réagit quand on le touche !

La peau est en effet le premier organe des sens à se développer *in utero* et, dès la naissance, elle met le nouveau-né, posé sur la poitrine de sa mère, en contact avec elle. Celui-ci rampe alors vers le sein maternel et la première tétée est l'occasion du premier contact peau à peau et du premier échange. « *C'est par la peau que l'enfant perçoit des sensations de toucher, de pression, de température et la tension musculaire de sa mère. Il perçoit également ses propres mouvements, ainsi que ceux qui lui sont induits. A partir des sensations kinesthésiques, il fait des expériences précoces à partir desquelles il construit progressivement son vécu, évalue et donne sens à ce qu'il ressent, ainsi qu'à ce qui l'entoure.* » (Denni-Krichel, 2008).

La peau est donc une surface privilégiée d'échange avec le monde ; et le corps entier, via son mouvement et sa posture, un moyen d'expression, certes involontaire, mais perçu et interprété par l'entourage comme l'un des premiers messages émis par le bébé.

D'un point de vue sémiotique, la posture constitue un indice indiquant les intentions de rapprochement, de rejet, d'accueil, de défi ou encore de menace et, à ce titre, elle incarne une des modalités de communication à évaluer lors d'un bilan des capacités communicatives.

Les postures traduisent en effet, souvent de manière inconsciente, les intentions des individus, et sont interprétées comme telles par les interlocuteurs, constituant en quelque sorte la trame de fond sur laquelle se jouent les échanges, la première strate des interactions sociales.

Chez le tout petit, il s'agit non pas d'intention, mais d'expressivité et de *dialogue tonico-postural* (Wallon, 1942) ou encore *tonico-émotionnel* (Stern, 1989).

III.2.2 Attirance innée pour le visage humain, traitement visuel et capacités d'imitation néonatales

Très tôt, les compétences interactionnelles du bébé sont étayées par une orientation innée vers autrui, par un intérêt qui se concentre plus particulièrement sur le visage d'autrui.

Le nouveau-né est attiré par le visage humain, il le regarde, le suit quand il se déplace, en fait une analyse perceptive (Lehalle et Mellier, 2005).

Même si sa vision n'est pas encore mature (elle le sera aux alentours de 5/6 mois), le bébé possède des capacités d'imitation néonatale, il discerne des mouvements et des mimiques dynamiques du visage³¹.

Or, une des difficultés principales des personnes avec autisme, comme le montrent nombre d'études en neuropsychologie cognitive, concerne le traitement des visages, non seulement en rapport avec la configuration de ces derniers (l'exploration visuelle est spécifique, prenant peu en compte les yeux adverses, qui font l'objet d'un évitement, et le traitement visuel est préférentiellement local versus global chez la personne typique – Frith, 1989 ; Happé, 1999-) mais surtout en lien avec la dynamique faciale impliquée dans les mimiques faciales émotionnelles et dans le mouvement des yeux et de la bouche (Gepner et al, 1996 ; Dawson et al, 2005, pour une revue).

Ces difficultés seraient à mettre en lien avec des difficultés spécifiques de l'intégration sensori-motrice des stimuli en mouvement (Gepner, 2008) et une activation moindre des systèmes miroirs (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2010), notamment lors de l'exploration visuelle des visages émotionnels, mise en évidence à l'IRMf (Dapretto et al, 2006).

Les enfants avec TED éprouvent donc des difficultés particulièrement prégnantes à interpréter les mimiques expressives (Thommen, 2010), à décoder les émotions d'autrui et à exprimer les leurs.

³¹ Cette capacité a été découverte anciennement par Zazzo (1957) et, sans être complètement élucidée, elle est désormais attestée dès les premiers jours de vie (Meltzoff et Moore, 1983), cités par Lehalle et Mellier (2005). Le nouveau-né imite, sans les confondre, la protrusion de la langue et l'ouverture de la bouche.

III.2.3 Traitement du signal acoustique

Sur le plan auditif, le nouveau-né (le système auditif serait fonctionnel dès la vingt-cinquième semaine de gestation et le niveau d'audition se rapprocherait de celui des adultes aux alentours de la trente-cinquième semaine de vie intra utérine) préfère les voix humaines aux autres types de stimuli acoustiques et s'oriente préférentiellement vers la voix de sa mère, qu'il différencie grâce à ses contours prosodiques : intonation, accentuation, rythme, pauses (De Boyson-Bardies, 1996).

Dans ce domaine encore, les personnes avec autisme présentent des anomalies du traitement perceptif et de l'habituation aux stimuli, avec une hyper ou une hypo sensibilité auditive.

Les équipes INSERM de Tours, Créteil et Paris (coordonnées par Zilbovicius,) ont identifié la zone cérébrale incriminée, responsable de la perception et de la reconnaissance de la voix humaine, zone qu'ils ont nommé « *frontotemporale positivée à la voix* ». Les études à l'IRMf (Gervais & al. 2004) montrent des anomalies de l'activation des régions temporales supérieures (T1) dans la perception et le traitement de la voix humaine.

III.2.4 Traitement des stimuli associés

Enfin, le nouveau-né est capable d'intégrer des stimuli associés, c'est-à-dire qu'il peut traiter de manière cohérente, en particulier, l'information visuo-verbale. En effet, l'appariement entre le visage (mouvement des yeux et de la bouche) et la voix de sa mère s'avère effectif puisque sa désynchronisation expérimentale le perturbe sensiblement³².

Or, les personnes avec autisme éprouvent des difficultés à traiter de manière synchrone l'information visuo-auditive (Martineau et al, 1992). Gepner (2008) fait l'hypothèse d'un défaut de codage temporel des événements sensoriels et moteurs et met en évidence, sur le plan neurofonctionnel, un défaut de synchronisation des décharges neuronales au niveau de plusieurs sous-systèmes activés par plusieurs stimuli de nature différente. Ce défaut serait à imputer à une dysconnectivité cérébrale concernant différentes structures, dont l'activité, typiquement synchrone, est responsable de la cohérence de notre perception du monde. Gepner nomme ce

³² Cf. le paradigme de la situation dite du « visage immobile » (*still face* de Cohn & Tronick, 1989, cités par Tourrette & Guedeney). Murray et Trevarthen (1986, cités par Lehalle et Mellier, 2005) confirment cette sensibilité en utilisant la technique de la désynchronisation entre son et image : le bébé apparaît très sensible à la violation durable ou intense du rythme des interactions.

dysfonctionnement « *dysconnectivité et dyssynchronie multisystème* » (ou DDM). les « *désordres de la communication neuronale* » sont à l'origine, selon lui, des « *désordres de la communication humaine* », ce qui aboutit à une « *malvoyance de l'E-motion* », jeu de mot qui renvoie à l'incapacité de décoder la dynamique des expressions faciales émotionnelles, des mouvements corporels, mais aussi de la parole en train d'advenir, autrement dit, des éléments qui constituent la communication verbale et non verbale.

III.3 Le développement des compétences communicatives : mise en place des « précurseurs » du langage

Le bébé possède, comme nous venons de le voir, des capacités qui le prédisposent à la communication. Comment, à partir de ce potentiel, va-t-il pouvoir acquérir le langage ? Autrement dit : qu'est-ce qui permet à ce potentiel de se développer ?

III.3.1 Zone proximale de développement et adulte médiateur

Selon les théories interactionnistes sociales, le bébé développe ses compétences en interaction avec le milieu social. Pour Vygotski (Laval, 2007), la relation entre l'enfant et l'environnement est médiatisée par le groupe : c'est la relation entre un adulte expert et l'enfant néophyte qui va permettre à ce dernier, selon un processus d'intériorisation³³, d'acquérir les instruments de la culture, au premier rang desquels le langage.

L'adulte, en bon pédagogue, se situe dans ce que Vygotski appelle la « *zone proximale de développement* », c'est-à-dire dans une zone intermédiaire entre le niveau de développement actuel (ce que l'enfant est capable de faire seul) et le niveau de développement potentiel (ce que l'enfant peut réaliser avec le concours de quelqu'un de plus expert que lui).

Bruner (1983), promoteur de l'œuvre de Vygotski, détaille l'attitude de la mère au cours des interactions avec son enfant et montre à quel point son comportement se révèle adapté sur le plan pédagogique.

³³ Le développement se fait donc, contrairement à la perspective piagétienne, de l'extérieur vers l'intérieur, de l'interpsychologique vers l'intrapsychologique.

III.3.2 Les « formats »

Bruner va s'attacher à analyser les processus à l'œuvre dans la relation adulte-enfant. Il adopte une attitude résolument fonctionnaliste. L'apprentissage du langage, c'est d'abord l'apprentissage de son usage : « *la seule manière d'apprendre l'usage du langage, c'est de l'utiliser pour communiquer* » (Bruner, 1983)³⁴.

Bien avant de parler, l'enfant communique. Les pré-requis du langage se mettent donc en place en situation de communication. Cette situation, Bruner va en analyser les composantes. Il décrit ce qu'il nomme des « *formats d'interaction* », (c'est-à-dire des routines interactives, type « jeu de nourrice ») au cours desquels l'adulte et l'enfant bâtissent des scénarii, dont la structure est repérable et stable, et dans le creuset desquels vont se développer les pré-requis langagiers, les premiers éléments d'une proto-conversation : « *l'acquisition du langage « commence » avant que l'enfant prononce sa première parole lexico-grammaticale. Elle commence quand la mère et l'enfant créent un « scénario » prévisible d'interaction qui peut servir de microcosme pour communiquer et établir une réalité partagée* » (op. cit. p.15).

Ces scénarii (dont le « prototype » est le « jeu de coucou ») obéissent à des règles définies. L'aspect prévisible est essentiel. Il permet à l'enfant d'anticiper et donc de prendre un rôle de plus en plus actif au cours de l'interaction.

Ils sont composés de séquences qui se succèdent dans un ordre précis. Ils ont une « *structure profonde* » (disparition/réapparition d'un objet ou d'une personne dans le « jeu de coucou ») et une « *structure de surface* » dont les éléments peuvent être modifiés, également selon des règles.

Bruner réalise un parallèle saisissant avec la syntaxe : « *un jeu est virtuellement syntaxique : son objet est d'être bien formé. Il est, en outre, complètement conventionnel et « non naturel » (...). Le jeu est composé d'éléments entièrement fabriqués et factices, liés les uns aux autres par un ensemble de règles très peu négociables* ».

On peut peut-être pousser le parallèle encore plus loin, en comparant la structure profonde du jeu avec les éléments fonctionnels de la phrase (soit l'axe syntagmatique avec des rôles syntaxiques fixes) et les éléments variables du jeu avec le caractère substitutif des éléments interchangeables de la phrase (soit les

³⁴ D'où l'importance, dans l'évaluation des comportements communicatifs, de la prise en considération du contexte et de l'analyse des fonctions, qui témoignent de la motivation de ces comportements.

choix lexicaux possibles à l'intérieur de chaque catégorie grammaticale, sur l'axe paradigmatique³⁵). De même que, dans la phrase grammaticale, je peux changer des éléments de la catégorie mais en conservant chaque catégorie fonctionnelle, je peux changer des éléments du jeu (par exemple le lieu où apparaît/disparaît l'objet : derrière un canapé, un écran) mais en conservant les structures, ici, le fait qu'il y ait un lieu de disparition. Mais Bruner ne va pas jusque là : « *le problème de savoir si les règles de grammaire peuvent, en quelque sorte, être déduites ou généralisées à partir de la structure de notre connaissance du monde reste très obscur* » (Bruner, 1983, chapitre 2).

III.3.3 Tours de rôle et proto-conversation

C'est au cours de ces routines que l'enfant apprend les règles du tour de rôle, qui préfigurent les tours de parole (qui font partie des règles conversationnelles). En effet, dans le jeu, les rôles sont interchangeable.

Au départ, c'est l'adulte qui tient le rôle actif, celui d'agent : c'est lui qui fait apparaître/disparaître l'objet dans notre exemple. Puis, au fur et à mesure des répétitions, l'enfant prend de plus en plus de contrôle sur le déroulement des séquences du jeu, acquiert de plus en plus de maîtrise et devient capable d'assumer à son tour le rôle de l'agent.

Il a donc appris, non seulement l'alternance des rôles mais surtout, le changement de perspective, essentiel à la conceptualisation des rôles respectifs d'émetteur et de récepteur, éléments déictiques³⁶ (moi-toi) entrant dans la composition de la situation d'énonciation.

Ce changement de perspective se développe particulièrement, d'un point de vue fonctionnel, au cours des épisodes d'attention conjointe, précurseur de la fonction référentielle du langage.

III.3.4 Les fonctions du langage et la notion d'acte de communication

Comme nous venons de le voir, l'enfant apprend à communiquer dans le cadre de l'interaction avec l'adulte, plus particulièrement au cours de la relation

³⁵ La terminologie « axe syntagmatique et axe paradigmatique » est empruntée à Saussure, 1916.

³⁶ Les éléments déictiques (éléments qui se réfèrent directement, dans le discours, à la situation d'énonciation : « moi, toi, ici, maintenant) sont les catégories les plus difficiles à concevoir pour les personnes avec autisme. Cf. la fameuse « inversion pronominale », caractéristique du profil symptomatique langagier des enfants avec TED ayant développé un langage (Cf. « spécificités des troubles langagiers dans l'autisme (...) », IV.2.2).

privilegiée avec sa mère ou tout autre « caregiver ». Dans ce contexte favorable, et avant même de maîtriser le langage, son comportement communicatif est orienté vers la réalisation d'objectifs. Ces derniers constituent l'un des principaux facteurs du développement et on peut les analyser en termes de fonctions de communication, sur le modèle des fonctions du langage, base de l'approche pragmatique linguistique.

L'approche pragmatique du langage est née avec les philosophes du langage de l'école d'Oxford.

Austin (1962) développe le concept de *performance* et la théorie des actes de langage. Parler, c'est agir (grec « *pragmatikos : qui concerne l'action* »). Par exemple, dans la phrase : « je vous déclare unis par les liens du mariage », la parole construit le réel, le fait advenir.

Quand je parle, je ne me contente pas de décrire le réel, j'agis sur lui. Dans cette perspective, Austin tente d'élaborer une typologie des verbes performatifs. Il les classe en cinq catégories, en fonction de leur valeur *illocutoire*, c'est-à-dire d'après l'objectif qui justifie et oriente leur emploi par l'émetteur.

Sur ce modèle, Searle (1969) construit une classification des actes de langage, puis Dore (1979), qui s'intéresse à l'émergence du langage chez le très jeune enfant, tente à son tour de catégoriser les actes de « parole » présents au stade préverbal (avant deux ans).

Enfin, Guidetti (2003), l'un des auteurs de l'ECSP, cherche à appliquer ce modèle aux actes de communication, dans la mesure où l'enfant met en place des moyens de communication non verbaux (regard, gestes, postures, mimiques, associés ou non à des vocalisations) pour atteindre un objectif nécessitant le concours de l'adulte (récepteur). Comme elle cherche à rester dans le cadre défini par ses prédécesseurs, Guidetti ne prend pas en compte les moyens de communication ne faisant pas l'objet d'une convention (regards, expressions faciales, gestes référentiels iconiques comme les mimes de forme d'objet), et elle élabore donc une classification qui se limite aux gestes conventionnels : « *Les gestes conventionnels ont une signification précise socialement partagée et sont produits avec une intention communicative* » (Guidetti, 2003, p.19). Ces gestes sont classés

selon leur fonction : *assertive, directive, promissive ou expressive*, selon une taxonomie empruntée à Searle³⁷ (1969).

En revanche, dans l'ECSP, Guidetti et Tourrette (1993) adoptent une classification qui fait davantage référence aux travaux de Bruner (1983), et qui demeure relativement proche de celle proposée par Wetherby et Prutting³⁸ (1984) dans leur grille d'analyse de la communication, destinée à évaluer les compétences communicatives de l'enfant dans le cadre du diagnostic de TED.

III.3.5 Les actes de communication : perspective développementale

Bruner (1983) analyse de façon détaillée, à partir de l'observation de deux dyades mère-enfant³⁹, le développement de la fonction référentielle (op. cit. chapitre 4) et celui de la demande (ibidem, chapitre 5).

La fonction référentielle nous permet de rendre compte de la réalité extralinguistique, de nommer le monde. Elle est centrée sur le référent⁴⁰ et correspond, sur le plan développemental, à la mise en place de « l'étiquetage⁴¹ ».

Avant d'accéder à la convention lexicale (les premiers mots apparaîtront vers la fin de la première année et ce que l'on nomme « l'explosion lexicale » se produira vers la fin de la deuxième année de vie [Brigaudiot & Danon-Boileau, 2002]), l'enfant commence par désigner les objets qui l'intéressent en les pointant du doigt (aux alentours du douzième mois).

Ce qui motive l'émergence de cette modalité gestuelle, c'est le désir de partager l'objet de son attention avec autrui.

Cette activité implique, d'une part, comme le fait remarquer Camaioni (1993, citée par Guidetti, 2003), une représentation d'autrui en tant qu'individu capable d'avoir des états intentionnels et de comprendre ceux des autres, ce qui constitue une étape essentielle de la théorie de l'esprit (Baron-Cohen, 1995), et elle nécessite,

³⁷ L'acte de langage assertif correspond au constat, l'acte de langage directif est dirigé vers le récepteur sur lequel l'émetteur cherche à agir, le promissif engage l'émetteur dans l'accomplissement d'une action future et l'expressif informe de l'état psychologique de l'émetteur. A noter que Guidetti ne reprend pas la dernière catégorie (celle des actes déclaratifs) distinguée par Searle et inapplicable aux actes communicatifs du jeune enfant.

³⁸ Nous verrons dans quelle mesure (Cf. Partie pratique, en particulier : II.3.3 « analyse fonctionnelle »).

³⁹ Les enfants ont été observés de l'âge de 3 à 18 mois pour l'un, et de 5 à 24 mois pour l'autre.

⁴⁰ Se reporter au schéma de communication de Jakobson, reproduit en III.1.2.

⁴¹ Ce terme, adopté par Bruner, est déjà présent dans la classification de Dore (1979), à laquelle nous avons fait allusion.

d'autre part, le développement de l'attention conjointe, soit une forme d'interaction sociale dont l'objet est extérieur à la relation dyadique émetteur-récepteur.

Cette relation triangulaire nécessite à son tour la mise en place de procédures permettant de joindre l'attention sur un objet commun (d'où le nom d'attention conjointe), parmi lesquelles l'alternance du regard entre l'objet et le partenaire d'une part, et le pointage proto-déclaratif d'autre part, jouent un rôle fondamental.

Sur le plan développemental, l'enfant se montre d'abord capable de diriger sa propre attention en fonction de celle d'autrui. Il réagit aux signaux de l'adulte (utilisation du vocatif, nuance intonative montante) qui indiquent qu'il y a quelque chose quelque part dans l'environnement qui mérite qu'on y prête attention.

Peu à peu, il devient capable de suivre la ligne du regard de l'adulte, ce qui implique des capacités de décentration⁴² et surtout la capacité d'adopter la perspective d'autrui, cette compétence ayant été « préparée » par l'exercice du tour de rôle au cours des formats interactifs dont nous avons déjà parlé.

Entre huit et dix mois (Guidetti, 2003), les deux tiers des enfants sont capables de suivre le déplacement de la direction du regard et, entre neuf et treize mois, avec l'apparition du pointage, ils deviennent capables d'attirer et de diriger à leur tour l'attention d'autrui vers un objet ou une situation particulière.

C'est cette fonction d'attention conjointe dont le développement apparaît le plus compromis chez l'enfant avec TED. Si ce dernier s'avère susceptible d'user du pointage dit « proto-impératif » (cf. note 28), c'est-à-dire d'un pointage à « *fin environnementale* » (Wetherby & Prutting, 1984, Wetherby, 1986), il ne développe pas ou peu le pointage dit « proto-déclaratif », qui implique un partage d'intérêt et la conception de l'autre en tant que sujet. On trouvera donc, dans le profil communicatif de l'enfant avec TED, un déséquilibre entre les fonctions de régulation comportementale (très schématiquement, la demande, dans la terminologie de l'ECSP) et la fonction d'attention conjointe (Adrien, 1993, Cassel et al, 2007, Chiang et al, 2008).

L'analyse fonctionnelle des comportements de communication, celle de ses modalités (comme, en particulier, la qualité du contact oculaire et l'alternance des regards), et l'analyse du rôle joué par l'enfant dans l'interaction (est-ce qu'il se

⁴² Sur ce point, Bruner s'oppose explicitement à Piaget, pour qui le stade sensori-moteur est dominé par un égocentrisme cognitif.

contente de répondre ou est-ce qu'il initie l'échange ? Cet échange, est-il capable de le maintenir ?) constituent donc des axes essentiels du bilan de la communication sociale précoce ou bilan préverbal.

IV- LE BILAN ORTHOPHONIQUE DE LA COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE : PLACE, OBJECTIFS ET OUTILS

IV.1 Articulation du bilan orthophonique avec la démarche diagnostique menée par l'équipe d'évaluation

IV.1.1 La démarche diagnostique

Concernant les TED, la démarche diagnostique, fondamentalement pluridisciplinaire, associe deux aspects : le diagnostic nosologique, qui consiste à confirmer (ou infirmer) le trouble suspecté, et l'évaluation fonctionnelle des troubles et capacités qui a pour double fonction de permettre d'affiner le diagnostic, d'en préciser les aspects individuels d'une part, et de permettre la mise au point d'un projet personnel individualisé (PPI) d'autre part.

Différents domaines du développement doivent être systématiquement appréciés et donnent lieu à des évaluations par les différents professionnels de l'équipe dédiée : examen du développement intellectuel et socioadaptatif, examen du langage et de la communication, examen du développement sensoriel et psychomoteur. Ces observations sont complétées par l'entretien avec les parents, réalisé à l'aide d'un guide d'entretien, l'ADI-R (Rutter & al. 1994) étant le guide le mieux reconnu au plan international et recommandé, pour cette raison, par la HAS.

Enfin, la démarche diagnostique s'articule avec la recherche de pathologies fréquemment associées telles que le retard mental, l'épilepsie, les déficiences sensorielles, certains troubles psychiatriques, des troubles somatiques tels que les troubles du sommeil et de l'alimentation et enfin de nombreux syndromes génétiques qui incluent dans leur phénotype la possibilité de TED.

IV.1.2 Rôle de l'orthophoniste dans l'évaluation pluridisciplinaire

Au sein de l'évaluation pluridisciplinaire, le rôle de l'orthophoniste consiste à explorer le domaine de la communication verbale et non verbale, dans une perspective formelle, mais plus encore, pragmatique lorsqu'il s'agit d'un jeune enfant ne disposant pas encore d'un langage constitué. Il analyse le développement des modalités de communication, les fonctions que l'enfant met en œuvre grâce à ces modalités (se développent-elles de manière harmonieuse ou présentent-elles des dyssynchronies) ? Ainsi que le « degré de représentation » atteint par l'enfant : la communication a-t-elle un caractère idiosyncrasique ou conventionnel ? L'enfant est-il capable d'imitation immédiate ? Différée ? Est-il capable d'abstraction ? Où en est-il dans la mise en place de la relation entre signifiant et signifié ? Sa compréhension est-elle dépendante du contexte ? A-t-il atteint le stade de la pensée symbolique ?

L'orthophoniste joue également un rôle en matière de diagnostic différentiel, en particulier pour contribuer à distinguer les troubles autistiques des pathologies qui touchent spécifiquement le langage telles que la dysphasie ou le retard de parole-langage. Ces dernières touchent l'expression verbale sur le versant expressif, mais peuvent également concerner le versant de la compréhension dans certains types de dysphasie. En revanche, les enfants atteints dans ce cas conservent une appétence à la communication et tendent à mettre en place une suppléance, à compenser leurs troubles langagiers par la communication non verbale.

IV.2 Objet du bilan orthophonique

Le bilan orthophonique a donc pour objet d'apprécier le développement de la communication verbale et non verbale de l'enfant en situation d'interaction.

IV.2.1 Structure du bilan

On cherche à situer l'enfant sur différents axes du développement langagier et socio-communicatif : l'axe pragmatique et l'axe formel, sur le versant de la compréhension et sur celui de l'expression.

A la suite de Courtois-du-Passage et de Galloux (2004), on peut considérer que le modèle de communication de Bloom et Lahey (1978) [fig.3], qui identifie les composantes de la communication et leurs interrelations, constitue l'ossature du

bilan orthophonique, en particulier lorsqu'il s'agit d'un enfant avec TED (ou avec TED probable) :

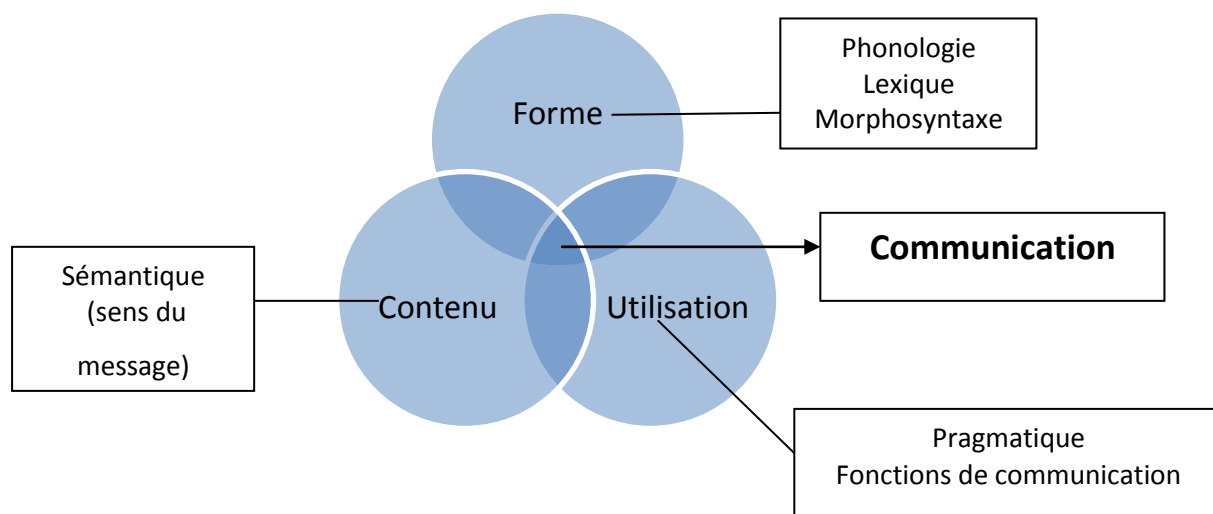


Figure3: D'après le schéma de Bloom et Lahey (1978)

IV.2.2 L'évaluation formelle : approche structurale

L'évaluation formelle apprécie les différentes structures du langage : phonologie, lexique, morphosyntaxe, sur les versants expressifs et réceptifs.

Spécificités des troubles langagiers dans l'autisme (traits saillants)

Bien que les difficultés rencontrées soient extrêmement variables d'un individu à l'autre, pouvant aller jusqu'à une absence totale de langage⁴³ et que, par conséquent, les tableaux cliniques soient très différents les uns des autres, certains traits typiques d'un profil langagier évoquant un trouble du spectre autistique ont pu être dégagés (Rapin, 2007 ; Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

En effet, les troubles de la compréhension apparaissent relativement plus importants que les troubles expressifs, avec des difficultés d'associations transmodales et un défaut de cohérence centrale (Frith, 1989) qui entraîneraient des difficultés à faire le lien entre les informations verbales et non verbales, des difficultés d'accès au concept, plus prégnantes encore dans le domaine lexical des sentiments, des difficultés dans le domaine morphosyntaxique des déictiques et dans le domaine paraverbal du décodage de l'intonation. Au minimum, la personne avec autisme, même de haut niveau, présentera une compréhension littérale des expressions

⁴³ Environ 50% des personnes avec autisme ne disposent pas d'un langage fonctionnel.

imagées, c'est-à-dire du langage métaphorique et des expressions idiomatiques, ne pouvant accéder aux registres de l'humour ou de l'ironie.

L'expression, quant à elle, se caractérise par une faible valeur communicative, avec, typiquement, des écholalies, des « inversions pronominales » (et, plus significativement, des difficultés dans l'emploi des déictiques et dans l'actualisation des éléments verbaux), des idiosyncrasies⁴⁴, une sur-généralisation⁴⁵, des stéréotypies verbales ou des rituels verbaux.

Pour les personnes avec autisme ayant développé un langage fonctionnel, on trouve des particularités dans le lexique, avec des secteurs « hypertrophiés », correspondant au(x) centre(s) d'intérêt focalisant l'attention de la personne, un goût particulier pour les mots sophistiqués et des thèmes fixes et récurrents⁴⁶.

Les éléments paraverbaux tels que la voix, le débit et la prosodie dénotent également, avec des paramètres vocaux déviants : voix trop aiguë ou trop aggravée, intensité trop ou pas assez prononcée, ou encore irrégulière, timbre particulier, nasonné par exemple. Le débit peut être haché, rapide, ralenti et la prosodie monocorde, artificielle, avec une intonation systématiquement chantante, par exemple, ou encore maniérée, mimétique et, chez certains enfants, adultomorphe.

Limites de cette approche et nécessité d'une approche pragmatique

Un retard de langage, ou même un développement déviant, voire une absence de langage verbal ne saurait cependant suffire à étayer un diagnostic de TED, y compris du strict point de vue du bilan orthophonique.

D'une part, certains « symptômes », comme l'écholalie ou les troubles de la compréhension ne sont pas exclusifs de l'autisme : ils peuvent s'inscrire dans d'autres tableaux sémiologiques tels que la surdité, la dysphasie, le retard mental, certains syndromes génétiques...

D'autre part, certains traits de langage, comme, sur le plan phonologique, l'apocope ou l'aphérèse, ou, sur un autre plan, l'écholalie, font partie des premières étapes du processus normal de mise en place du langage chez le jeune enfant. Par

⁴⁴ Les idiosyncrasies correspondent à des emplois de référence égocentrique, ne pouvant être interprétés que par un familier.

⁴⁵ Ces emplois sont peut-être dus à un mode d'acquisition du langage où le lexème reste pris dans son contexte d'acquisition. Par exemple M., ayant appris à actualiser une demande dans une situation où il désirait s'emparer d'un poussin, dira « poussin » chaque fois qu'il désirera que l'adulte lui procure un jouet, quel qu'il soit.

⁴⁶ Cf. le critère 3 défini par la CIM-10.

exemple, l'écholalie est un comportement imitatif normal chez l'enfant de dix-huit à trente mois : elle lui permet d'enrichir ses acquisitions verbales et même de prendre sa place dans l'interaction. Par contre, si ce comportement se poursuit, se cristallise en quelque sorte, sans pour autant se diversifier et sans adaptation au contexte notamment, il peut signer un trouble majeur de compréhension et des difficultés de communication.

Il s'agit donc de toujours situer un comportement verbal ou communicatif par rapport à l'âge chronologique et à l'âge développemental de l'enfant, lequel est apprécié en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante (bilan psychomoteur et bilan cognitif notamment) mais aussi de situer ce comportement dans son contexte d'émergence, en l'occurrence, la situation d'énonciation. Pour reprendre l'exemple de l'écholalie, on pourra se demander si elle est fidèle ou si elle présente des variations, si elle est accompagnée de mimique, de pointage, de regard, si elle est appropriée à la situation de communication et quelle est sa finalité : est-elle dirigée vers l'interlocuteur ou bien, au contraire, est-elle employée à des fins d'autorégulation comportementale ? Etc. (Prizant et Duchant, 1981, Prizant et Rydell, 1984).

Cette dernière analyse ressort à l'approche pragmatique, dont il semble difficile de faire l'économie dans le bilan précoce. D'une part, parce que ce qui signe un TED, ce n'est pas tant la maîtrise du langage d'un point de vue structurel que son usage, c'est-à-dire son actualisation en situation d'énonciation. D'autre part, parce que, en lien avec le premier point, ce sont avant tout les aspects non verbaux de la communication qui vont caractériser un TED. Ce seront eux qui seront discriminants, notamment en matière de diagnostic différentiel. Enfin, parce que la population concernée par le diagnostic précoce se situe, en raison de son jeune âge, à un stade précoce de la mise en place du langage.

IV.3 L'évaluation pragmatique : présentation de l'ECSP

Il ressort, des différents aspects que nous venons d'évoquer, que l'analyse et l'interprétation des compétences communicatives du jeune enfant sont nécessaires en matière de diagnostic précoce de TED et doivent donc, dans ce cadre, faire l'objet du bilan orthophonique. C'est sur ce domaine du développement que porte l'échelle d'évaluation de la communication sociale précoce, l'ECSP.

Elle se propose en effet d' «*évaluer le niveau et la qualité de la communication préverbale* » (Guidetti & Tourrette, 1993, p.5) –l'analyse est donc quantitative et qualitative- chez le jeune enfant de trois à trente mois, sa limite supérieure d'application se situant au moment où l'enfant commence à produire des phrases de deux à trois mots.

IV.3.1 Cadre théorique

Le cadre théorique de l'ECSP se réfère aux travaux de Bruner (1983) et à ceux menés dans le domaine de la pragmatique d'une part, et aux travaux des néo-piagétiens comme Fischer (1980) dans le domaine de la psychologie développementale, d'autre part.

Il suppose que l'on dispose d'un modèle descriptif du développement de la communication sociale du jeune enfant et repose sur deux postulats essentiels :

Le premier est qu'il existe une continuité fonctionnelle entre le développement pré linguistique et linguistique : « *Les comportements expressifs manifestés par le jeune enfant au cours de la première année (mimiques, geste de pointer...) sont des précurseurs⁴⁷ à l'émergence du lexique. Cette perspective permettra de décrire les fonctions communicatives dont dispose l'enfant pendant les deux premières années de la vie qu'évaluera l'ECSP* » (Guidetti & Tourrette, p.7).

Le second postulat se réfère au cadre néo-piagétien de Fischer et pose que « *c'est une même organisation cognitive qui sous-tend les comportements vis-à-vis des personnes et des objets* », c'est-à-dire vis-à-vis de l'environnement. Le modèle de Fischer, à l'instar de celui de Piaget, conçoit le développement de façon hiérarchique (sous la forme de succession de stades au cours desquels l'enfant construit un type d'intelligence qui lui permet de penser le monde), et en interaction avec l'environnement, mais il inclut, non seulement les savoir-faire sensori-moteurs décrits par Piaget, mais aussi les savoir-faire liés au développement du langage et de la communication avec, à la différence de la conception piagétienne, un primat du rôle de l'environnement (notamment, social) dans l'émergence et l'organisation de ces savoir-faire.

⁴⁷ C'est nous qui soulignons.

IV.3.2 Axes d'analyse structurant le bilan

L'ECSP se propose d'évaluer le développement de trois fonctions socio-communicatives : l'interaction sociale (IS), qui « renvoie à des comportements dont le but principal est d'attirer l'attention sur soi dans le cadre d'échanges ludiques » (op. cit. p.8), l'attention conjointe (AC), c'est-à-dire l'attention que partagent les partenaires pour un même objet, une même personne ou un même événement (soit une relation qui met en jeu un élément tiers, objet focal de l'attention, et sur lequel l'un des deux partenaires attire l'attention de l'autre), et la régulation comportementale (RC), qui concerne les interactions dont le but est de modifier le comportement d'autrui ou d'accepter de modifier son propre comportement à la demande d'autrui.

L'ECSP identifie également le rôle tenu par l'enfant au cours de l'interaction, selon qu'il initie, répond ou maintient l'échange.

Le test se compose donc de huit séries d'items (un item décrivant un comportement) qui combinent les trois fonctions de communication définies plus haut avec les comportements de réponse, d'initiation ou de maintien de l'échange. A noter cependant que, pour la fonction de RC, l'enfant ne peut occuper que deux des trois rôles : initiation ou réponse.

	Interaction sociale	Attention conjointe	Régulation comportementale
Répond	RIS	RAC	RRC
Initie	IIS	IAC	IRC
Maintient	MIS	MAC	

Tableau b : Tableau déclinant les 8 séries d'items qui composent l'ECSP

Enfin, quatre niveaux de développement, au cours desquels les pré-requis et donc les différentes modalités de communication se développent et se coordonnent, sont définis : simple, complexe, conventionnel et symbolique, le niveau réflexif (ou niveau 0), correspondant à la période allant de 0 à 2 mois, n'ayant pas été retenu⁴⁸.

⁴⁸ Il existe, en ce qui concerne ce stade de développement (sous-stade 1 : exercice des réflexes, chez Piaget) et selon les auteurs de l'ECSP, un meilleur outil d'évaluation : la NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale) de Brazelton (1973).

Le niveau 1 (ou niveau simple) est marqué par le début de l'activité intentionnelle de l'enfant, avec l'apparition d'actions simples, non différenciées, tandis que le niveau 2 (ou niveau complexe) correspond à l'apparition, dans le registre comportemental, d'actions complexes et différenciées : l'enfant commence à jouer à des jeux sociaux, en différenciant les personnes mais sans coordonner les actions avec les objets et avec autrui.

Ces deux premiers niveaux occupent le premier semestre de vie de l'enfant et les auteures ont estimé préférable de ne pas indiquer à quel moment se situait le passage du niveau 1 au niveau 2. Elles s'en expliquent dans les chapitres 1 et 3 du manuel de l'ECSP, en arguant de la faible représentativité des enfants les plus jeunes dans leur échantillon.

Le niveau 3 (ou niveau conventionnel) correspond à un stade où l'enfant intègre progressivement des conventions gestuelles puis verbales mais où la compréhension demeure néanmoins très dépendante du contexte. Ce niveau se subdivise en deux : le niveau conventionnel gestuel (noté niveau 3.0), de 7 à 16 mois, et le niveau conventionnel verbal (niveau 3.5), de 17 à 24 mois.

Le quatrième et dernier niveau (ou niveau symbolique), enfin, correspond à l'apparition et à la mise en place de la fonction symbolique, qui s'incarne dans le jeu (jeu de « faire-semblant) et dans le langage, celui-ci devenant un moyen d'évoquer ce qui est absent. A ce stade (situé dans l'ECSP entre 25 et 30 mois), l'enfant commence à coordonner les mots entre eux suivant des associations de type agent-action ou action-objet.

La structure de l'ECSP, à la fois pragmatique et développementale, et la tranche d'âge ciblée (les enfants de moins de trente mois) semblent faire de ce test un outil adapté aux objectifs du bilan orthophonique tels que nous les avons décrits plus haut.

Toutefois, étalonné sur une population française typique, il n'est pas, par voie de conséquence, spécifique des TED.

La HAS le recommande néanmoins comme outil d'évaluation fonctionnelle dans le cadre de la procédure pluridisciplinaire du diagnostic précoce de ce trouble.

Nous allons donc voir à présent comment les utilisateurs, en l'occurrence les orthophonistes, appréhendent cet outil et son utilisation dans le bilan de la communication précoce de l'enfant reçu pour suspicion de TED.

PARTIE PRATIQUE

I- MATERIEL ET METHODE

I.1. Démarche générale :

I.1.1 Contexte de l'étude

Cette étude, basée sur une enquête menée auprès des orthophonistes par le biais d'un questionnaire, a été réalisée dans un contexte de remaniement des politiques diagnostiques en direction des personnes avec TED.

Face à une situation qui demeure critique –les TED sont encore mal et trop tardivement diagnostiqués- le plan autisme 2013-2017 prévoit le déploiement d'un réseau national de repérage, de diagnostic et d'intervention précoces dès 18 mois, impliquant davantage d'établissements que par le passé et donc, par conséquent, davantage de professionnels de santé spécifiquement formés, conformément à la *Recommandation de bonne pratique* de la HAS, et constitués sous forme d'équipes pluridisciplinaires animant des unités d'évaluation.

Ce dispositif se décline dans chaque région sous l'égide des Centres de Ressources Autisme (CRA) et se compose de trois niveaux de repérage et de diagnostic, définis dans le premier axe du plan, intitulé « *diagnostiquer et intervenir précocement* » :

- Un réseau d'alerte constitué par les professionnels de la petite enfance, les membres de la communauté éducative et les acteurs de la médecine de ville.
- Un réseau de diagnostic, dit « simple », animé par les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), les CMPP (Centre Medico-Pscho-Pédagogique) et les équipes hospitalières pluridisciplinaires de première ligne, l'objectif étant « *d'identifier au moins une équipe pluridisciplinaire de diagnostic de proximité par département selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.* » (Plan Autisme 2013-2017, mesure 1).

- Un réseau de diagnostic dit « complexe » par région s'appuyant sur les CRA associés à au moins une équipe hospitalière experte issue d'un CHU.

L'objectif de ce redéploiement est de réduire le délai d'attente mais aussi la distance géographique qui peut séparer, non seulement les familles des centres régionaux de diagnostic mais aussi les centres diagnostiques des centres de prises en charge, parmi lesquels les CAMSP occupent une place privilégiée de par l'âge de leurs patients.

Le « plan » introduit donc la notion de « *diagnostic de proximité* », assortie à une notion plus floue de réseau de « *diagnostic simple* », ce dernier étant défini, de manière assez imprécise, comme un échelon intermédiaire entre le dépistage et le diagnostic dit « *complexe* », qui serait toujours assuré par « *les équipes hospitalières expertes, à savoir celles qui ont expérimenté, dans le cadre du 2^{ème} plan, le dispositif d'annonce et d'accompagnement du diagnostic de l'autisme ainsi que celles qui devront être identifiées par les ARS en lien avec les CRA.* »(op. cit. p.9).

La mise en place d'un réseau de diagnostic « simple » disposant d'au moins une équipe pluridisciplinaire de diagnostic de proximité par département implique la participation d'équipes institutionnelles supplémentaires, à savoir, en matière de diagnostic précoce : les équipes des CAMSP⁴⁹ prioritairement, puisque les équipes hospitalières pédopsychiatriques de première ligne et celles des CMPP, quoique concernées, ont des patients dont l'âge varie du tout petit enfant au jeune adulte.

Des postes supplémentaires sont donc accordés aux CAMSP « *s'engageant sur la mise en œuvre des dépistages et diagnostics précoces conformes aux recommandations de bonne pratique de la HAS et de l'ANESM* » (ibidem) et un effort pour renforcer les connaissances et les compétences des personnels concernés est engagé, notamment par le financement de la formation des intervenants aux outils de diagnostic précoce.

S'interroger sur l'appropriation par les orthophonistes des outils destinés à mesurer les compétences communicatives du jeune enfant, compétences dont l'atteinte est au cœur du diagnostic de TED, ne pouvait pas se faire sans prendre en compte ce contexte. C'est lui qui détermine le choix que nous avons fait d'étudier

⁴⁹ Les CAMSP réalisent la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans.

l'ECSP plutôt qu'un autre test et c'est également lui qui nous a permis de cibler la population dont nous désirons identifier les pratiques en matière d'évaluation précoce, à savoir : les orthophonistes participant au diagnostic précoce dans le cadre de l'évaluation pluridisciplinaire.

Il faut donc bien avoir à l'esprit, lors de l'analyse des réponses des orthophonistes au questionnaire que nous leur avons adressé, que ces orthophonistes se trouvent au cœur d'un dispositif en mutation et que ces mutations –leur nature, leurs implications- ne sont pas toujours clairement perçues par les acteurs de terrain.

Par ailleurs, le fait que l'un de nos stages se déroulait au sein d'un CAMSP en train de redéfinir sa place dans le réseau territorial nous a permis d'assister aux réunions destinées à mettre en œuvre le deuxième niveau de diagnostic tel que défini par le dernier plan autisme. Il s'agissait notamment :

- De préciser le rôle du CAMSP au sein du réseau départemental : « *Réseau Collaboratif Territorial du Département de la Charente* » (ou *RECOLTE*) et d'articuler ce rôle à celui des autres acteurs, en amont (dépistage), et en aval (prise en charge);
- De choisir les membres de l'équipe spécialisée, l'activité de ces derniers étant désormais prioritairement recentrée sur la pratique du diagnostic de TED plutôt que sur le diagnostic et la prise en charge de l'ensemble des enfants souffrant de pathologies diverses qui constitue la patientèle habituelle d'un CAMSP polyvalent ;
- D'étudier les possibilités de mise en œuvre, voire la pertinence des recommandations diffusées par la HAS et l'ANESM ;
- De redéfinir, notamment relativement à ces recommandations, la procédure diagnostique et le parcours de l'enfant adressé au CAMSP pour suspicion de TSA ;
- De répartir le budget spécifiquement attribué par l'Agence Régionale de Santé (ARS) selon différents postes impliquant l'élection de personnels supplémentaires, le choix et l'achat d'outils d'évaluation et de diagnostic adaptés et enfin la formation nécessaire à la maîtrise de ces outils.

Notre participation à ces réunions nous a donc apporté un éclairage supplémentaire, nécessaire au traitement et à l'interprétation de certaines données issues des questionnaires.

Enfin, l'observation et la participation effective à l'évaluation fonctionnelle et à la prise en charge de jeunes enfants adressés au CAMSP pour suspicion de TED nous a permis de confronter la pratique à la théorie, sachant que les nouvelles procédures diagnostiques, en train d'être débattues dans le cadre des réunions dont nous venons de parler, n'étaient donc pas encore appliquées.

Les orthophonistes de ce centre utilisaient alors préférentiellement, mais pas exclusivement, le test *Evalo BB, batterie d'évaluation du développement du langage oral chez l'enfant de moins de 30 mois* (Coquet et al, 2010), outil mis au point par des orthophonistes. Nous avons cependant pu observer la mise en œuvre de l'ECSP, échelle sur laquelle porte l'essentiel de notre étude, dans le cadre d'un stage précédent, au centre psychothérapique pour enfants de Niort⁵⁰, ce qui nous a permis d'apprécier à notre tour les modalités de l'un et l'autre test.

I.1.2 Objectifs et hypothèses

Compte tenu du contexte que nous venons d'évoquer, il s'agit pour nous d'enquêter au sujet des pratiques orthophoniques dans le cadre de l'évaluation de la communication sociale précoce, et en particulier en ce qui concerne l'outil qui fait l'objet des « *Recommandations* » : l'ECSP.

Il semble en effet qu'il y ait un décalage entre les orientations politiques, qui s'appuient sur des travaux d'experts (menés, en l'occurrence, par le groupe de suivi scientifique nommé dans le cadre de l'état des lieux publié par la HAS en janvier 2010 et, antérieurement, en 2005, par les membres de la Fédération Française de Psychiatrie et selon la méthode publiée par la HAS) et la pratique effective de professionnels de santé aux prises avec de multiples difficultés matérielles et censés malgré tout s'adapter en permanence.

De la même manière, il peut exister des écarts entre les objectifs de la recherche (qui structurent en partie la conception d'outils comme l'ECSP) et ceux du

⁵⁰ Cf., Annexe VII, le compte-rendu du bilan de communication d'Y., 28 mois.

terrain et enfin, un hiatus entre des concepteurs issus du domaine de la psychologie développementale et des utilisateurs qui se trouvent être des orthophonistes et qui n'ont donc ni la même formation, ni les mêmes référents théoriques et pratiques, ni les mêmes compétences.

C'est pourquoi nous essaierons dans un premier temps de nous faire une idée des pratiques orthophoniques effectives en matière d'évaluation de la communication préverbale et dans le cadre de la procédure diagnostique de TED. Nous chercherons donc à vérifier si notre impression première se confirme : les pratiques et les outils mis en œuvre semblent en effet diversifiés avec une utilisation relativement marginale de l'outil recommandé par les « experts » : l'ECSP.

Puis nous chercherons à élucider les raisons pour lesquelles les orthophonistes semblent se détourner d'un outil basé sur une approche pragmatique, approche pourtant plébiscitée par ces professionnels de la communication.

Dans cet objectif, nous examinerons deux séries de facteurs qui se sont dégagés du traitement des résultats de notre enquête :

- Une première série de causes « externes » ayant trait à l'information, à la formation et aux conditions matérielles d'exercice ;
- Une deuxième série de causes davantage liée aux qualités intrinsèques de l'outil lui-même, c'est-à-dire à ces fondements théoriques et à sa structure normative, standardisée, développementale et fonctionnelle.

Les hypothèses sont donc les suivantes :

Question 1 : Tend-on, avec le nouveau dispositif diagnostique, vers une homogénéité des pratiques et vers une adoption des outils recommandés par la HAS?

Hypothèse 1 : A l'heure actuelle, les pratiques sont plutôt hétérogènes : les outils utilisés par les orthophonistes sont nombreux et variés.

Hypothèse 2 : l'ECSP, outil faisant consensus parmi les experts, est encore relativement peu utilisé par les orthophonistes.

Hypothèse 3 : Il semble y avoir une répartition différente des pratiques selon le lieu d'exercice. Les pratiques des orthophonistes exerçant en CRA seraient plus influencées par la *Recommandation* que celles des orthophonistes exerçant dans des CAMSP.

Question 2 : Quels sont les obstacles à l'adoption de l'ECSP par les orthophonistes ?

Hypothèse 1 : Les orthophonistes ne bénéficient pas d'une information suffisamment éclairante au sujet de l'ECSP.

Hypothèse 2 : La formation à la pratique de l'outil est insuffisante.

Hypothèse 3 : Les conditions matérielles d'exercice des orthophonistes ne sont pas toujours adaptées à l'application optimale de ce test.

Question 3 : Quelles sont, selon les utilisateurs (y compris les utilisateurs potentiels), les qualités et les limites de ce test ?

- **Concernant la standardisation :**

Qualités :

Hypothèse 1 : Les orthophonistes apprécient positivement les qualités métrologiques du test et la pertinence des situations semi-inductrices proposées.

Limites :

Hypothèse 2 : La standardisation des situations, du matériel proposé et des conditions de passation ne sont pas toujours compatibles avec la nécessité de s'adapter aux particularités de l'enfant présentant des troubles de la communication.

- **Concernant la référence à la norme et son apport en matière de diagnostic orthophonique :**

Qualités :

Hypothèse 1 : l'ECSP permet de repérer des dysharmonies développementales au sein de la fonction de communication, qui sont spécifiques du développement des enfants avec TED.

Hypothèse 2 : l'ECSP peut présenter un intérêt en matière de diagnostic différentiel.

Limites :

Hypothèse 3 : La définition de certains niveaux de développement ainsi que les critères déterminant le passage d'un niveau à l'autre manquent de précision, ce qui rend problématique la détermination d'un âge développemental.

Hypothèse 4: L'ECSP ne permet pas le relevé des comportements déviants, ce qui limite sa fonctionnalité en matière de diagnostic de TED.

- **Concernant l'analyse des fonctions et des modalités de communication proposée par l'ECSP :**

Qualités :

Hypothèse 1 : L'approche fonctionnelle adoptée dans l'ECSP constitue une qualité essentielle de l'outil, qui détermine le choix de certains orthophonistes en sa faveur.

Limites :

Hypothèse 2 : L'analyse des formes et des fonctions de communication proposée par l'ECSP n'est pas exhaustive. Elle demande à être nuancée et complétée.

I.2. Méthodologie

I.2.1 Présentation de la population :

Critères d'inclusion

Un questionnaire a été adressé aux orthophonistes exerçant dans le cadre institutionnel (item 1) et participant au diagnostic précoce de TED au sein d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée (item 2 du questionnaire), soit :

- Les orthophonistes exerçant en CAMSP (item 1), dans la mesure où ces centres, qui accueillent des patients âgés de 0 à 6 ans, sont les établissements ciblés en priorité par le redéploiement du réseau diagnostique dont nous avons parlé. Certains de ces CAMSP sont désormais identifiés comme unités d'évaluation et sont appelés à s'organiser en conséquence (items 3, 4 et 5). Ils sont concernés par le diagnostic de niveau II (diagnostic dit « simple ») mais participent également au niveau I (dépistage).

- Les orthophonistes exerçant en CRA (item 1).

Les CRA ont un rôle de pilotage du dispositif et leurs équipes, rompues au diagnostic de TED depuis la création des CRA en 2005, sont considérées comme expertes en la matière.

Ces centres ont une mission diagnostique et ce sont eux qui constituent le niveau III du dispositif (diagnostic dit « complexe »). Lorsque les instituts de

première ligne se trouvent en difficulté et ne parviennent pas à trancher, ils réorientent les patients concernés vers le CRA.

Les CRA exercent aussi une mission d'information et de formation et ce sont donc eux qui se trouvent au plus près des « bonnes pratiques ». Ils organisent la formation des autres acteurs, par exemple la formation des orthophonistes (mais aussi de certains psychologues) à l'ECSP.

Critères d'exclusion

- Les orthophonistes exerçant dans des structures autres que les CAMSP et les CRA.

Au départ, nous avons l'intention d'interroger les orthophonistes exerçant en Centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA) mais la trop grande hétérogénéité du statut des établissements hospitaliers (allant de la petite unité de province au CHU) nous a conduit à éliminer cette population.

La population des orthophonistes exerçant en Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) n'a pas non plus été retenue, dans la mesure où les patients accueillis par les CMPP, contrairement à ceux pris en charge par les CAMSP, n'appartiennent pas, pour la plupart d'entre eux⁵¹, à la tranche d'âge correspondant au diagnostic précoce.

- Les orthophonistes exerçant en libéral et qui ne sont pas directement concernés par le dispositif.

Le questionnaire a donc été adressé à l'ensemble des CAMSP et des CRA du territoire national. Nous avons obtenu 27 réponses, dont 21 émanent des CAMSP et 6 des CRA, cette répartition reflétant la proportion beaucoup plus importante de CAMSP que de CRA sur le territoire.

I.2.2 Outil méthodologique : présentation du questionnaire⁵²

Le questionnaire adressé aux orthophonistes comprend deux parties :

⁵¹ Les CMPP peuvent obtenir un agrément pour accueillir de très jeunes patients mais dans les faits, ils accueillent majoritairement des patients en âge d'être scolarisés en école primaire et au-delà (études du CREA, 2013).

⁵² L'intégralité du questionnaire est reproduite en annexe (Annexe I).

La première (intitulée « cadre général »), est destinée à identifier le contexte dans lequel évolue l'orthophoniste, quel matériel d'évaluation il utilise et s'il connaît et utilise le test spécifique sur lequel porte l'étude.

Par conséquent, les items de cette première partie portent sur le lieu d'exercice (item 1), sur la participation au diagnostic de TED dans le cadre de l'évaluation pluridisciplinaire (item 2), sur les outils diagnostiques utilisés dans le centre⁵³ (item 3) et sur les données statistiques disponibles (ou non) quant au nombre de diagnostics posés par le centre durant l'année précédente (soit l'année 2014) et à l'âge des patients concernés : moins de 24 mois, entre 24 et 36 mois, après 36 mois (items 4 et 5).

L'orthophoniste est ensuite invité à indiquer quel outil ou quelle combinaison d'épreuves il utilise pour réaliser le bilan préverbal/bilan de la communication (item 6), s'il connaît, s'il utilise (et, dans ce cas, à quelle fréquence) l'ECSP (items 7, 9 et 10) et enfin, par quel biais il a eu connaissance de cette échelle d'évaluation fonctionnelle.

La deuxième partie du questionnaire est centrée sur le test lui-même, de manière à évaluer son adéquation/inadéquation aux besoins réels et aux conditions effectivement rencontrées sur le terrain dans le contexte du diagnostic précoce.

Elle est scindée en deux options, selon que l'orthophoniste utilise (2^{ème} partie B) ou pas (2^{ème} partie A) l'ECSP.

Si l'orthophoniste n'utilise pas l'ECSP, des questions fermées l'invitent à en indiquer les raisons (items II A1 à A14). L'un des items (item II A4) correspond cependant à une question ouverte car il s'agit d'indiquer, dans le cas où un outil autre que l'ECSP est jugé plus adapté ou plus efficace, de quel outil il s'agit et quelles sont les raisons qui ont motivé ce choix.

Enfin, l'orthophoniste a aussi la possibilité, s'il le souhaite, de répondre de manière plus personnelle, en indiquant les avantages et inconvénients qui, selon lui, sont attachés à l'emploi de l'ECSP. Ceci, afin de rester ouvert à des aspects que nous n'aurions pas pensé à envisager.

Si l'orthophoniste utilise l'ECSP, il est invité à remplir la 2^{ème} partie B, qui comprend :

⁵³ Il s'agit dans ce cas précis d'outils de diagnostic nosologique (et non d'outils d'évaluation fonctionnelle comme dans le reste du questionnaire), les outils recommandés par la HAS étant essentiellement l'ADI-R (un questionnaire adressé aux parents de l'enfant évalué) et l'ADOS (un test permettant l'observation clinique).

- des questions fermées permettant de préciser l'intérêt de l'approche proposée par ce test (B1 à B5)
- des questions semi-ouvertes concernant le comportement communicatif de l'enfant avec TED – se dégage-t-il, selon son expérience, un profil communicatif spécifique de ces enfants ?- (items B6, B7, B8)
- des questions ouvertes destinées à préciser les limites de l'ECSP selon différents axes critiques : en termes de niveaux de développement (item B9), d'analyse fonctionnelle (item B10), d'analyse des modalités de communication (item B11), d'appréciation des comportements spécifiques (item B12), de pertinence en matière de diagnostic différentiel (item B13) et enfin en fonction de l'adaptation des situations inductrices proposées par le test (item B14).

I.2.3 Mode de traitement des données

Les données recueillies à partir des réponses anonymes au questionnaire sont traitées de manière statistique en ce qui concerne les réponses aux questions fermées, et de manière qualitative pour les réponses aux questions ouvertes.

En ce qui concerne les questions fermées, la population correspond, selon les items, tantôt à l'ensemble des orthophonistes ayant répondu (N=27), tantôt à des sous-ensembles regroupés en fonction du lieu d'exercice (par exemple, n=21 pour le « groupe CAMSP ») ou en fonction d'autres paramètres comme la connaissance de l'outil ou son utilisation effective par l'orthophoniste dans le cadre du bilan fonctionnel de la communication sociale précoce.

II- RESULTATS ET ANALYSES

Nous avons regroupé les réponses aux questionnaires selon trois axes :

- Etude des pratiques évaluatives en matière de diagnostic précoce de TED, en rapport, notamment, avec, d'une part, les outils de diagnostic nosologique utilisés par les CAMSP et les CRA et avec, d'autre part, les outils utilisés par les orthophonistes exerçant dans ces centres pour réaliser le bilan fonctionnel de la communication.
- Etude des facteurs faisant obstacle à l'utilisation de l'ECSP : exposé des causes indépendantes de la structure interne de l'outil.

-Etude des qualités et des limites de ce test selon les orthophonistes : quelles adaptations proposer ?

II.1. Etudes des pratiques évaluatives dans le contexte du diagnostic de TED

Les résultats présentés dans cette première partie correspondent au traitement des réponses de la première partie du questionnaire, intitulée : « Cadre général ».

Après avoir identifié les procédures diagnostiques mises en place par les établissements d'exercice des orthophonistes de notre échantillon, nous étudierons la nature des outils utilisés par les orthophonistes eux-mêmes, dans quelle perspective ils les choisissent et les mettent en œuvre et enfin, dans quelle mesure ils utilisent, parmi ces outils, l'ECSP.

II.1.1 Participation des orthophonistes au diagnostic et outils diagnostiques utilisés par les unités d'évaluation : des procédures en phase de restructuration

II.1.1.1 Caractère pluridisciplinaire du diagnostic : ambiguïté relative de la présentation de la procédure

Tableau 1 : Répartition des orthophonistes selon leur lieu d'exercice et leur participation au diagnostic de TED (items 1 et 2)

	Orthophonistes exerçant en CAMSP	Orthophonistes exerçant en CRA	Total	
			Données brutes	Pourcentages
Participent au diagnostic	14	6	20	74%
Ne participent pas	7	0	7	26%
Total	21	6	27	100%

Sur les vingt-sept orthophonistes ayant répondu au questionnaire, sept d'entre eux (soit 26%) disent ne pas participer au diagnostic de TED dans le cadre de l'évaluation pluridisciplinaire (item 2).

Nous aurions pu exclure du traitement des données ces questionnaires mais, au vu des réponses apportées aux autres items ayant trait à la procédure diagnostique et à l'utilisation de l'ECSP dans le cadre de celle-ci, nous nous sommes rendu compte que les orthophonistes ayant répondu négativement à l'item 2 étaient néanmoins concernés par notre enquête.

En effet, trois de ces orthophonistes, bien qu'exerçant dans des établissements spécialisés n'ayant pas, a priori, vocation à établir des diagnostics de TED - CAMSP déficience auditive avec troubles associés et CAMSP déficience sensorielle – sont néanmoins amenés, dans le cadre du bilan de la communication préverbale, à dépister des TED, cette pathologie étant fréquemment associée, rappelons-le, à d'autres déficiences, notamment sensorielles. L'un de ces orthophonistes se trouve justement faire partie des rares praticiens utilisant l'ECSP au sein d'un CAMSP, ce qui lui permet, comme il le précise, d'établir un profil de communication détaillé mais aussi de repérer des anomalies de la communication spécifiques d'un TED.

Quant aux autres orthophonistes déclarant ne pas participer au diagnostic de TED, ils sont néanmoins impliqués dans cette démarche, dans la mesure où ils indiquent, dans le même temps, que le centre dans lequel ils exercent utilise la CARS (Schopler & al., 1980, Echelle d'Evaluation de l'Autisme Infantile, 1985 pour la version française), outil mis en œuvre en équipe et impliquant la participation de l'orthophoniste, et que, de surcroît, ils procèdent, eux-mêmes, à l'évaluation de la communication verbale et non verbale avec des outils spécifiques.

Cette apparente contradiction trouve une explication probable dans le témoignage de certains orthophonistes pour qui le diagnostic reste l'affaire exclusive, d'un point de vue socioculturel du moins, du pédopsychiatre ou du médecin-chef. Ce malentendu nous semble entretenu par la relative ambiguïté de la procédure diagnostique telle qu'elle est présentée par le document de la HAS.

Celui-ci présente en effet la démarche diagnostique sous forme d'étapes, avec tout d'abord « *le repérage individuel des troubles* » (dépistage), puis l'étape de « *confirmation du diagnostic* » et enfin, l'étape d' « *évaluation du fonctionnement de la personne* » (HAS, 2010). Cette présentation peut laisser supposer que l'évaluation

fonctionnelle n'est réalisée qu'en cas de diagnostic positif, limitant ainsi son rôle à une propédeutique au projet thérapeutique.

Le document d'origine (FFP/HAS, 2005), duquel s'inspire explicitement celui que nous venons de citer, était beaucoup plus clair : « *La démarche associe⁵⁴ l'établissement d'un diagnostic nosologique et la réalisation d'une évaluation individualisée fonctionnelle des troubles et des capacités* » et, fort heureusement, la majorité des orthophonistes l'envisage bien ainsi, l'apport des bilans des différents professionnels étant requis, y compris en matière de stricte confirmation diagnostique, afin, non seulement, d'affiner ce diagnostic mais aussi parce qu'il est indispensable en matière de diagnostic différentiel.

II.1.1.2 Outils diagnostiques utilisés par les centres d'évaluation : une répartition qui reflète des degrés d'organisation contrastés

Tableau 2a : outils diagnostiques utilisés par les centres d'exercice des orthophonistes interrogés (item 3)

ADOS	14
ADI-R	11
CARS	11
ECA-R	2
ECA-N	1
Autres	7
Outils non indiqués	7

Cette distribution témoigne, d'une part, d'une apparente diversité des outils employés, d'autre part, de l'intégration relativement importante à la procédure adoptée d'outils de diagnostic nosologique reconnus et recommandés : à savoir l'ADI-R (Rutter & al., Autism Diagnostic Interviewed-Revised, 1994⁵⁵) et l'ADOS (Lord & al., Autism Diagnostic Observation Schedule, 2003⁵⁶), respectivement, un guide d'entretien semi-structuré avec les parents permettant une analyse rétrospective des comportements, et un test d'observation semi-structuré de la

⁵⁴ C'est nous qui soulignons.

⁵⁵ 2010 pour l'adaptation française de Rogé et al.

⁵⁶ 2008 pour l'adaptation française (Rogé).

communication, des interactions sociales réciproques, du jeu, des comportements stéréotypés et des intérêts restreints permettant une analyse instantanée des comportements.

La CARS (Schopler & al. Childhood Autism Rating Scale, 1980⁵⁷) est une échelle d'évaluation des comportements autistiques également mise à contribution par plus de la moitié des établissements ayant indiqué les outils diagnostiques utilisés (n=20). Cette échelle est généralement utilisée en complément. Utilisée seule, elle aboutit à des « surdiagnostics » (FFP/HAS, 2005 ; Tournette, 2014). Elle permet de mesurer l'intensité des troubles mais manque de spécificité pour les formes d'autisme autres que le syndrome de Kanner⁵⁸.

Comme, dans leur grande majorité (85%), les établissements utilisent non un outil mais une combinaison d'outils, nous avons indiqué, dans le tableau 2b, la nature de ces combinaisons et le nombre d'établissements utilisant chacune d'elles.

Tableau 2b : utilisation combinée de plusieurs outils par les établissements

ADI-R + ADOS	4	10	50%
ADI-R+ ADOS + CHAT	1		
ADI-R + ADOS + CARS	4		
ADI-R + ADOS + CARS + ECA-R	1		
ADOS + CARS	2	3	15%
ADI-R + CARS + PEP	1		
CARS + PEP 3	1	2	10%
CARS + ECA-R + ECA-N + ADBB	1		
ADOS seul	2	2	10%
CARS seule	1	1	5%
Cas particuliers	2	2	10%
Outils non indiqués	7		

La combinaison la plus usitée comprend donc l'utilisation conjointe des outils ADI-R et ADOS, employée par 50% des établissements ayant rempli cet item (n=20), même si l'on peut dire que, dans l'ensemble, les combinaisons utilisées sont variées.

⁵⁷ 1985 pour l'adaptation française (Rogé).

⁵⁸ L'intensité cotée étant liée à l'importance du retard mental, la CARS, utilisée seule, pourrait identifier à tort comme autiste un enfant présentant un grave retard mental et ne pas détecter des formes atypiques ou avec haut niveau intellectuel.

D'autres combinaisons (15%) comprennent un seul de ces deux tests, associé dans ce cas à la CARS.

L'utilisation de l'ADOS seul est plus rare (10%) et seuls 15% des établissements utilise la CARS à l'exclusion de l'ADI-R et de l'ADOS, l'un d'entre eux utilisant exclusivement la CARS.

Les autres tests mentionnés sont de deux ordres : des outils habituellement dédiés au suivi de l'évolution : l'ECA-R, l'ECA-N (Lelord & Barthélémy, Echelle d'évaluation des Comportements Autistiques, 1989, soit, respectivement, la version révisée, 2003 et la version adaptée aux nourrissons, 2003), le PEP-R (Schopler & al., Profil Educatif Personnalisé, 1994 - 2008 pour la version PEP3 -) et des outils de dépistage comme la CHAT (Baron-Cohen & al., Check-list for Autism in Toddlers, 1992) ou l'ADBB (Guedeney, Echelle Alarme Détresse du Bébé, 2004), ce dernier n'étant pas spécifique de l'autisme. Tous ces tests ne sont utilisés par les centre d'évaluation qu'à titre complémentaire et permettent de préciser le diagnostic : l'ECA-N, forme spécifique du test ECA pour les nourrissons et enfants très jeunes (de 6 à 20 mois) constitue un apport non négligeable en matière de diagnostic différentiel⁵⁹ et le PEP / PEP3, s'il ne prétend pas avoir les qualités requises pour un test à valeur diagnostique, permet en revanche de caractériser précisément le profil développemental ainsi que le profil comportemental individuel de l'enfant et d'obtenir une visualisation d'ensemble, graphique, des comportements observés, des compétences et des lacunes selon les différents domaines et en référence à l'axe des âges qui fournit les repères développementaux.

Restent sept établissements (soit près de 26% de l'ensemble, N=27) dont les orthophonistes n'ont indiqué aucun outil diagnostique.

Il s'agit, pour trois d'entre eux, des établissements spécialisés que nous avons déjà mentionnés plus haut. En ce qui concerne les quatre autres, les orthophonistes y exerçant expliquent que la procédure diagnostique est en cours d'élaboration et que des formations aux outils spécifiques sont prévues pour l'année à venir. Ces établissements se trouvent donc pris dans le processus de réorganisation territoriale du réseau national de diagnostic exposé dans le plan autisme 2013-2017.

⁵⁹ Tourrette (2014) précise que sur les 33 items, 20 distinguent significativement les enfants à troubles autistiques des enfants à retard mental à 21 mois.

II.1.2 Outils utilisés par les orthophonistes pour réaliser le bilan de la communication

Tableau 3 (item 6)

Tests utilisés	Tests utilisés exclusivement	Données brutes		Pourcentage	
Evalo bb		15		60%	
	Evalo bb exclusivement		7		28%
Grille Wetherby		7		28%	
	Grille Wetherby exclusivement		1		4%
ECSP		6		24%	
	ECSP exclusivement		2		8%
Autre test		14		56%	
	Autre test exclusivement		0		0%
Combinaison			15		60%
Total			25		100%
Non indiqués		2		7%	

Les outils indiqués par les orthophonistes de notre échantillon sont extrêmement variés : dix-sept sont cités, auxquels s'ajoutent diverses situations de jeu non standardisées. Néanmoins, l'un d'entre eux semble plébiscité : *Evalo bb* (Coquet et al, 2010), un test créé « *par et pour les orthophonistes* » (Tourrette, 2014) et utilisé par 60% d'entre eux. Viennent ensuite la grille d'observation des comportements communicatifs de Wetherby et Prutting (1984), employée par 28% des orthophonistes ayant répondu à cet item et l'ECSP avec 24% (n=25). Ces emplois ne sont cependant pas toujours exclusifs, loin s'en faut.

En effet, même si un pourcentage non négligeable d'orthophonistes semble employer exclusivement *Evalo bb* – soit 28% - la plupart des professionnels indiquent qu'ils utilisent plusieurs tests ou une combinaison d'épreuves plutôt qu'un test dans son intégralité : c'est le cas de 60% d'entre eux.

Cela signifie que c'est l'aspect qualitatif qui est recherché plutôt que l'aspect standardisé ou normatif, qui exige que l'on applique strictement un test et un seul dans son intégralité.

L'utilisation combinée de plusieurs tests permet en effet de mieux cerner la spécificité d'un individu, de balayer l'ensemble du domaine concerné. Elle témoigne d'une approche holistique plutôt que normative, ce que confirme l'emploi, en complément, d'épreuves informelles destinées à évaluer des compétences qui ne sont pas prises en compte, ou en tout cas, pas de manière exhaustive, par les tests standardisés, comme les compétences praxiques, les gnosies auditivo-verbales ou encore les capacités imitatives⁶⁰.

Aux tests évaluant la communication préverbale (ECSP, grille Wetherby, Evalo bb), sont également adjoints :

- des épreuves tirées de tests de dépistage : Dialogoris 0/ 4 ans (Antheunis & al. 2006), qui apparaît dans 20% des réponses, et, dans une moindre mesure, la CHAT et la CCC-2 (Bishop, *Children's Communication Check-list*, 1998)⁶¹.

- des tests étudiant les aspects formels des premiers éléments de langage, puisque cet axe d'analyse n'est pas pris en compte de manière spécifique dans les tests destinés au bilan de la communication. Acquisition phonétiques, articulation, prosodie, lexique et morphosyntaxe, en compréhension et en production, sont donc évalués à l'aide de batteries plus classiques d'évaluation du langage oral. Sont cités : les BEPL (Chevrie-Muller & al., *Batteries d'Evaluation Psycholinguistique*, 1997), l'ELO (Khomsy, *Evaluation du Langage Oral*, 2001), la N-EEL (Chevrie-Muller & Plaza, *Nouvelles Epreuves pour l'Examen du langage*, 2001), EVALO 2-6 (Coquet & al., *Evaluation du langage oral chez l'enfant de 2 ans 3 mois à 6 ans 3 mois*, 2009) et l'IFDC (Kern & Gayraud, *Inventaires Français du Développement Communicatif*, 2010), ce dernier test ayant la particularité d'être basé sur un rapport parental

⁶⁰ Il existe ainsi plusieurs protocoles, mis au point par des orthophonistes et utilisés par des établissements locaux (par exemple, le protocole proposé par A. Boidé (2007), utilisé par l'IME de Rennes) ou par des CRA (comme l'OEP 2005 de J. Brisot-Dubois, en diffusion libre).

⁶¹ Tous ces tests de dépistage, ainsi que ceux qui sont cités dans le paragraphe suivant et qui portent sur l'évaluation du langage oral, ont été cités par les orthophonistes dans la rubrique « Autre » de l'item 6 du questionnaire. Nous ne les avons pas reproduits dans le tableau de résultats en raison de leur trop grand nombre et diversité.

concernant le développement précoce des premiers gestes, des premiers mots et des premiers éléments morphosyntaxiques. Il comporte donc, contrairement aux autres tests, des aspects développementaux, dans la mesure où il permet de recueillir des informations quant à la trajectoire développementale linguistique d'un enfant entre 8 et 30 mois, depuis la période préverbale et gestuelle jusqu'à la production des premiers éléments linguistiques.

Les orthophonistes cherchent donc à évaluer l'ensemble des capacités (points forts, points faibles) en lien avec leur domaine d'investigation dans le but d'établir le profil le plus exhaustif, le plus significatif et le plus individualisé possible mais aussi, comme le précisent plusieurs d'entre eux, ils cherchent à adapter les épreuves à chaque enfant. Le choix des outils et les modalités de leur mise en œuvre sont donc susceptibles de varier en fonction des individus évalués.

II.1.3 Diffusion de l'ECSP : un outil relativement peu utilisé

Tableau 4a : Répartition des orthophonistes en fonction de leur connaissance et de leur utilisation de l'ECSP (items 7 et 9)

	Connaissent l'ECSP		Ne connaissent pas l'ECSP		Total	
	Données brutes	Pourcentage	Données brutes	Pourcentage	Données brutes	Pourcentage
Utilisent l'ECSP	6	22,2%	-	-	6	22,2%
N'utilisent pas l'ECSP	14	51,8%	7	26%	21	77,8%
Total	20	74%	7	26%	27	100%

Parmi les orthophonistes de notre échantillon (N=27), seulement 1/5^{ème} (22%) utilise l'ECSP (item 9) tandis que près des trois-quarts (74%) déclarent cependant connaître cet outil (item 7).

On pourrait donc penser, a priori, que le fait de ne pas utiliser l'ECSP relève, pour la plupart des orthophonistes, d'un choix délibéré.

Cependant, si l'on tient compte des items de la deuxième partie A du questionnaire, on constate que, si seulement 1/3 des orthophonistes n'utilisant pas l'ECSP n'en a jamais entendu parler (item A1), parmi les 2/3 restants, près de 60% estime ne pas être suffisamment informé de l'intérêt que peut présenter cet outil (item A2) et qu'un tiers incrimine le manque de formation (item A3)⁶².

Lorsque les orthophonistes déclarent qu'ils connaissent l'ECSP, il s'agit donc d'une connaissance toute relative, qui n'implique pas une information exhaustive et encore moins la maîtrise de l'outil.

Un autre paramètre s'avère également déterminant : la répartition des orthophonistes utilisant / n'utilisant pas l'ECSP en fonction du lieu d'exercice. Nous avons donc réexaminé les données du tableau 1 à la lumière de la répartition institutionnelle des professionnels interrogés.

Tableau 4b : Répartition des orthophonistes selon les critères précédents (connaissance / utilisation de l'ECSP) et selon le lieu d'exercice (items 1, 7 et 9)

	Orthophonistes CAMSP		Total CAMSP	Orthophonistes CRA		Total CRA	Total général
	Connaissent	Ne connaissent pas		Connaissent	Ne connaissent pas		
Utilisent	2	-	2	4	-	4	6
N'utilisent pas	12	7	19	2	0	2	21
	14	7	21	6	0	6	27

Lorsqu'on tient compte de la répartition institutionnelle des orthophonistes, on se rend compte que ce sont essentiellement les orthophonistes travaillant dans des CAMSP qui n'utilisent pas l'ECSP (ils représentent plus de 90% de cet ensemble) tandis que la plupart de ceux qui l'utilisent (les deux tiers) exercent dans des CRA.

Parallèlement, si moins de 10% des orthophonistes travaillant dans des CAMSP utilise l'ECSP (9,5%), les 2/3 des orthophonistes exerçant dans des CRA

⁶² Le traitement de ces données, ayant trait aux raisons avancées par les orthophonistes n'utilisant pas l'ECSP, est réalisé chapitre II.2.2 « Obstacles à l'adoption de l'ECSP dans les CAMSP (...) ».

l'utilisent, 75% d'entre eux l'utilisant souvent tandis que 25% n'y a recours que dans des cas précis⁶³.

Il existe donc une corrélation entre le fait d'utiliser l'ECSP et le fait d'exercer dans l'une ou l'autre institution. L'approche de ce test, selon qu'on appartienne à l'équipe d'un CAMSP ou d'un CRA ne semble pas être la même.

On peut donc se demander s'il existe également une corrélation entre l'utilisation de l'ECSP et la nature de l'information reçue et si celle-ci diffère en fonction du lieu d'exercice et ce, d'autant plus que 100% des orthophonistes déclarant n'avoir jamais entendu parler de l'ECSP exerce au sein d'un CAMSP.

Nous avons donc analysé, dans cet objectif, les différentes sources d'information des orthophonistes selon leur lieu d'exercice.

Cette analyse est développée dans la deuxième partie de notre enquête, davantage focalisée sur les facteurs susceptibles de constituer des obstacles à une diffusion optimale de l'outil et qui ont trait à l'information, à la formation et aux conditions matérielles d'exercice des orthophonistes.

II.2. Diffusion de l'ECSP : quels sont les obstacles ?

Le second plan autisme (2008-2010) prévoyait déjà de « *renforcer l'appropriation par les professionnels de santé des recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le diagnostic de l'autisme et des autres TED chez l'enfant* ». Il faisait déjà de cette appropriation « *un enjeu-clé de l'amélioration du diagnostic et de l'évaluation approfondie en matière d'autisme (...)* [mesure 10, citée par la HAS, 2010, p.16] et dans l'état des lieux publié par la HAS, on déplorait l'insuffisance des progrès dans ce domaine : « *il apparaît néanmoins que ces avancées ne sont pas suffisamment intégrées (ibidem)* ». Qu'en est-il en 2014 en ce qui concerne les orthophonistes ?

⁶³ Cette dernière donnée concernant la fréquence d'utilisation est indiquée à titre complémentaire et correspond aux résultats du traitement de l'item 10.

II.2.1 Par quels moyens se fait la diffusion de l'information?

Tableau 5 : Les différentes sources de l'information portant sur l'ECSP (item 8)

Sources	Orthophonistes CAMSP (n=14)		Orthophonistes CRA (n=6)		Ensemble des orthophonistes (n=20) ⁶⁴	
	Données brutes	Pourcentage	Données brutes	Pourcentage	Données brutes	Pourcentage
Etudes	6	43%	1	17%	7	35%
Littérature	5	36%	2	33%	7	35%
CRA	2	14%	4	67%	6	30%
Collègue	2	14%	3	50%	5	25%
Formation	2	14%	1	17%	3	15%
Recommandations HAS	1	7%	2	33%	3	15%
Autre					5	25%

N.B : Certains orthophonistes ont indiqué plusieurs sources d'information. Les totaux excèdent donc 100%.

Par quel biais les orthophonistes ont-ils eu connaissance de l'ECSP ?

La comparaison des réponses des deux groupes (orthophonistes exerçant en CAMSP ou en CRA) montre que les sources d'information diffèrent nettement selon le lieu d'exercice.

L'information recueillie par les orthophonistes exerçant en CAMSP provient assez largement de sources « scientifiques » ou universitaires puisque 43% d'entre eux ont eu connaissance de l'ECSP au cours de leurs études et 36% par le biais de la littérature.

En revanche, seulement 14% de cette population a été informée par l'intermédiaire des CRA, dont l'une des missions est pourtant l'information (y compris en direction des professionnels).

L'importance de ce rôle d'information joué par les CRA est encore à minorer si l'on prend en considération, non pas uniquement le groupe des orthophonistes

⁶⁴ Ne peuvent répondre à cet item que les orthophonistes connaissant l'ECSP (N=20)

exerçant en CAMSP et connaissant l'outil (n=14), mais l'ensemble des orthophonistes exerçant dans ces structures (et donc en incluant ceux qui n'ont jamais entendu parler de l'ECSP, où n=21). On n'atteint alors que 9,5% d'orthophonistes, soit moins d'un orthophoniste sur dix ayant été informé par le biais d'un CRA.

Quant aux *Recommandations* directement diffusées par la HAS, elles ne représentent une source d'information que pour 7% des orthophonistes CAMSP ayant été informé (moins de 5% pour l'ensemble du groupe).

La crainte énoncée par les autorités quant à la lenteur de la diffusion des *Recommandations* : « *Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM ne sont que très lentement diffusées et peu d'enfants autistes bénéficient des interventions recommandées* » (3^{ème} plan Autisme, 2013-2017, p.5) est donc justifiée.

Les orthophonistes exerçant en CAMSP semblent donc assez peu bénéficier de sources d'information que l'on peut qualifier d' « administratives », contrairement à leurs collègues exerçant en CRA et pour qui, comme on peut s'y attendre, la première source d'information est constituée par les CRA eux-mêmes (c'est le cas pour les 2/3 d'entre eux), l'information transitant également par les collègues (en majorité orthophonistes) pour 50% d'entre eux et par les *Recommandations* de la HAS pour 1/3 des orthophonistes de ce groupe, à égalité avec la source constituée par la littérature.

Rappelons ici que si le document édité par la HAS date de 2010, le redéploiement du réseau diagnostique, qui implique l'identification de nouvelles unités d'évaluation à l'échelon départemental, en l'occurrence les CAMSP, est en cours. L'information et la formation des équipes pluridisciplinaires spécialisées est donc en train de se mettre en place.

A titre d'exemple, le CAMSP où nous effectuions notre stage était, en cette année 2014-2015, en pleine restructuration, la mise en œuvre de la dotation financière étant prévue pour l'année 2015-2016. Les *Recommandations* de la HAS étaient donc à l'étude, de même que le prévisionnel de la répartition du budget dédié, concernant notamment, outre le recrutement de nouveaux professionnels destinés à constituer et enrichir l'équipe de diagnostic, l'achat d'outils diagnostiques spécifiques et la formation à ces outils, prévue pour l'année à venir. La formation à l'ECSP, en particulier, est programmée, dans la région Poitou-Charentes, pour février 2016.

La situation est la même dans plusieurs CAMSP (cinq d'entre eux indiquent qu'ils sont en train de réorganiser leur protocole de diagnostic) et l'appropriation de l'information par les orthophonistes ayant intégré des équipes spécialisées devrait donc s'améliorer dans un avenir proche.

Examinons à présent l'ensemble des raisons invoquées par les orthophonistes qui n'utilisent pas l'ECSP, sachant que l'écrasante majorité de ceux-ci (plus de 90%) exerce dans un CAMSP.

II.2.2 Obstacles à l'adoption de l'ECSP dans les CAMSP : le poids des contraintes matérielles

Tableau 6 : Raisons pour lesquelles les orthophonistes exerçant en CAMSP n'utilisent pas l'ECSP (items 2^{ème} partie A)

	Données brutes	Pourcentage
L'établissement ne dispose pas de l'ECSP	8	67%
Manque d'information quant à l'intérêt que présente l'ECSP	7	58%
Manque de formation nécessaire à la maîtrise de l'ECSP	4	33%
Matériel trop onéreux	4	33%
Absence de matériel vidéo adéquat	4	33%
Préférence pour un autre outil, jugé plus adapté, plus efficace	3	25%
Nombre de situations proposées excessif	2	17%
Passation chronophage	2	17%
Situations proposées jugées inadaptées	1	8%
Items comportementaux proposés non exhaustifs	1	8%

N.B.: Nous ne tenons compte ici que des orthophonistes déclarant connaître l'ECSP et ne l'utilisant pas pour autant (N=12). Chacun de ces orthophonistes ayant indiqué plusieurs raisons, les pourcentages cumulés dépassent largement 100%. Ils permettent néanmoins de hiérarchiser les motifs invoqués.

Le manque d'information et de formation dont nous avons déjà parlé est confirmé ici : ces deux facteurs sont évoqués par, respectivement, 58% et 33% des orthophonistes.

La raison principalement avancée est cependant d'ordre matériel : les deux tiers des établissements ne disposent pas de l'ECSP.

Toutefois, cette raison peut également être mise en relation avec le manque d'information puisque les établissements ne commandent un outil que dans la mesure où ils en connaissent l'efficacité et où ils peuvent en apprécier l'apport, d'autant plus que l'ECSP est un matériel jugé onéreux par un quart des orthophonistes de notre échantillon.

Ceux-ci lui préfèrent un autre outil, *Evalo bb* (Coquet & al. 2010), employé par 60% des orthophonistes, comme nous l'avons vu dans la première partie.

A la différence de l'ECSP, *Evalo bb* ne nécessite pas de formation spécifique, sa cotation est simple (comportement absent / présent) et un tableau comportant la liste des comportements critiques permet un repérage aisé des enfants « à risque d'autisme ». Les livrets qui accompagnent le test sont très complets et permettent de prendre connaissance des bases théoriques. Toutefois, il convient de rester prudent quant à son utilisation dans le cadre du diagnostic précoce: repérer ne signifie pas diagnostiquer et *Evalo bb*, s'il permet de dresser un profil des comportements de communication, n'autorise pas, à proprement parler, à poser un diagnostic orthophonique.

La mise en œuvre de l'ECSP, en revanche, implique une formation spécifique, indispensable, comme le soulignent ses auteurs : « *une bonne connaissance, à la fois des bases théoriques de l'épreuve (...) et du contenu et de l'objectif des situations à proposer à l'enfant est nécessaire* » (Guidetti & Tourrette, 1993). Ces connaissances font appel aux théories pragmatiques, bien connues des orthophonistes, de par leur formation initiale, mais aussi à des modèles issus de la psychologie développementale (modèles piagétiens et néo-piagétiens), domaine mieux connu des psychologues que des orthophonistes⁶⁵. A cet aspect théorique s'ajoute l'aspect pratique, dans la mesure où l'ECSP propose vingt-trois situations semi-inductrices, dont l'enchaînement et l'exploitation optimale sont difficiles à mettre en œuvre sans démonstration et sans entraînement préalables.

Enfin, un autre obstacle, d'ordre matériel, est évoqué par un quart des orthophonistes : l'absence de matériel vidéo adéquat, dont l'usage est pourtant « *fortement conseillé* » (op. cit. p.35).

⁶⁵ Les psychologues font partie des destinataires de l'ECSP, qu'ils utilisent dans le domaine de la recherche, tandis que les orthophonistes sont des utilisateurs (potentiels) « de terrain ». La question des destinataires de l'outil sera brièvement reprise à la fin de cette étude.

En effet, la passation de l'ECSP exige une entière disponibilité de la part de l'examineur. Celui-ci doit pouvoir se consacrer entièrement à l'interaction avec l'enfant, être attentif à la moindre ébauche de communication de sa part, et ce, d'autant plus que l'enfant est jeune et souffre de troubles dans ce domaine. Guidetti et Tournette précisent, dans les instructions d'application, qu' « *il est indispensable que l'adulte s'implique dans l'interaction et soit capable d'y engager l'enfant* » (ibidem). De surcroît, il doit être attentif à lui laisser l'initiative puisque, parmi les compétences communicatives à évaluer, le rôle tenu par l'enfant est essentiel à analyser : est-il en mesure d'initier, de répondre ou de maintenir l'interaction ?

L'examineur doit également être capable « *d'inhiber certains comportements spontanés* » (ibidem). Par exemple, s'il veut pouvoir évaluer correctement la compréhension purement verbale, il doit être attentif à ne pas accompagner son discours de gestes illustrant celui-ci.

Si les auteurs de l'ECSP minorent quelque peu la contrainte que constitue la possession d'un matériel vidéo adéquat en arguant que « *le fait que l'adulte s'arrête pour noter les résultats sur la feuille de réponse ne perturbe pas forcément le déroulement de l'évaluation, mais permet des périodes de retrait de l'adulte, ce qui peut donner à l'enfant l'occasion de produire des comportements pour attirer son attention* » (ibidem), on voit mal comment, en pratique, une interaction vivante pourrait s'engager si l'adulte passe son temps à lire et cocher des items qui sont tout de même au nombre de 108 ! Cette activité scripturale nuit non seulement à l'établissement d'une communication un tant soit peu naturelle mais aussi à la concentration qui est exigée de l'examineur. Il est, certes, essentiel de ménager des pauses pour laisser à l'enfant la possibilité de demander à ce que l'activité et l'interaction reprennent, mais remplir la feuille de réponse durant l'observation induirait d'incessantes ruptures et surtout aggraverait l'aspect artificiel déjà inhérent à toute condition d'examen. Surtout, on court ainsi le risque de décourager un enfant qui vient par définition consulter pour des difficultés de communication. Prendre des notes alors qu'on est censé être investi dans l'interaction accentue l'étrangeté d'une situation où on attend de l'enfant qu'il joue, partage des émotions et même participe à des interactions physiques⁶⁶ avec un parfait étranger.

⁶⁶ Cf. La situation du même nom : « *Interaction physique (ex. chatouilles, caresses, prise dans les bras)* » (ECSP, 1993, feuille de réponse).

Enfin, l'outil vidéo est essentiel si l'on veut pouvoir réexaminer à loisir les différents comportements. Repérer la direction d'un regard, répertorier des gestes communicatifs qui ne sont pas toujours conventionnels, apprécier l'expressivité des mimiques, de la posture, la distance interpersonnelle, le degré d'implication de l'enfant dans l'interaction ne peut se faire avec finesse qu'à l'aide d'un outil vidéo suffisamment performant.

Une salle équipée en conséquence est éminemment souhaitable. Poser une caméra dans un coin paraît en effet insuffisant, l'enfant pouvant être amené à se déplacer, plus encore s'il est agité, mal à l'aise ou encore s'il cherche à fuir l'interaction, ce qui peut bien entendu être le cas d'un enfant souffrant de TED.

Cet aspect matériel constitue donc un frein important dans des établissements qui ne bénéficient pas -ou pas encore ?- de moyens comparables à ceux qu'on trouve couramment dans les CRA.

Dans l'ensemble, les raisons invoquées par les orthophonistes exerçant en CAMSP et n'utilisant pas l'ECSP tiennent donc davantage à des facteurs qui ne remettent pas directement en cause la structure interne de l'outil, c'est-à-dire, en l'occurrence, les aspects liés à sa structure fonctionnelle et développementale.

Il est vrai qu'une telle critique nécessiterait une bonne connaissance de l'ECSP, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas des orthophonistes de cette partie de l'échantillon puisque 58% des orthophonistes qui connaissent l'ECSP mais ne l'utilisent pas reconnaissent ne pas l'employer en partie par manque d'informations relatives à l'intérêt spécifique de l'outil.

Les raisons avancées ici tiennent donc pour partie à des contraintes d'ordre matériel (l'outil n'est pas à disposition, il est onéreux, l'établissement d'exercice ne possède pas de matériel vidéo adéquat) et à une insuffisance en matière d'information et de formation, cette dernière étant nécessaire à la mise en œuvre de l'outil.

Les outils préférés par les orthophonistes de cette partie de l'échantillon (n=12) sont donc des outils plus accessibles, moins onéreux et qui ne nécessitent pas de formation spécifique, du moins pas de manière explicite : *Evalo bb*, utilisé par les trois quart d'entre eux (les deux tiers l'utilisant de manière combinée avec

d'autres tests), la grille de Wetherby (pour un tiers) et *Dialogoris* (pour un quart), ces deux derniers tests étant toujours mis en œuvre au sein d'une combinaison⁶⁷.

Comme trop peu de ces orthophonistes ont indiqué les raisons de leur préférence pour ces outils (item II A 4), nous rendrons compte de leurs réponses à l'occasion de la troisième partie de cette étude, qui traite, de manière plus qualitative, de l'appréciation de la structure de l'ECSP et de l'adaptation de celle-ci aux attentes des orthophonistes.

II.3. Analyse qualitative des structures de l'ECSP

Par analyse « des structures » de l'ECSP, nous entendons l'analyse qui porte sur les principes de construction de l'outil, c'est-à-dire, principalement :

- La standardisation
- La structure développementale de l'échelle
- Les structures plus spécifiquement pragmatiques, à savoir celles qui ont trait à la forme (modalités de communication) et aux fonctions de communication identifiées et analysées par ce test.

L'analyse de ces différents aspects sera livrée ici sous forme qualitative et non quantitative dans la mesure où la taille de l'échantillon est, non seulement réduite (seuls six orthophonistes utilisent l'ECSP), mais aussi variable (des orthophonistes n'utilisant pas l'ECSP fournissent néanmoins des critiques sporadiques) et surtout en raison du caractère ouvert (et donc non quantifiable) des questions, qui entraîne des réponses extrêmement variées.

II.3. 1 La standardisation

Comme la plupart des tests dans le domaine des TED, l'ECSP résulte d'une traduction et d'une adaptation, en population française, d'un outil anglo-saxon, en l'occurrence, les *ESCS (Early Social Communication Scales)*, créées par J. Seiberg et A. Hogan en 1982.

⁶⁷ La distribution est globalement la même que pour l'ensemble de l'échantillon (N=27) mais elle fait intervenir de manière plus marquée les trois tests cités dans ce paragraphe.

Les ESCS étaient connues et validées mais leur adaptation française nécessitait une étude de validation, qui a été effectivement menée et dont le manuel de l'ECSP rend abondamment compte⁶⁸.

II.3.1.1 Un mot au sujet des qualités métrologiques de l'ECSP

Les qualités métrologiques d'un test reposent sur :

- Sa fidélité inter-codeurs et test-retest
- Sa consistance, c'est-à-dire son homogénéité interne. La cohérence interne est éprouvée par le degré de convergence des différents items appartenant à la même dimension. Les mesures des différents items doivent être corrélées.
- Sa validité
 - o de contenu : la pertinence du choix des items (qui doivent être représentatifs du phénomène mesuré), le nombre et la répartition de ces items selon les domaines analysés, la représentativité des domaines, sont évalués par au moins deux experts.
 - o « critérielle » : soit la comparaison de la mesure obtenue à un critère extérieur pris comme référent (*gold standard*).
 - o « de construit » ou validité théorique ou conceptuelle : soit la capacité du test à mesurer les variables ou concepts ciblés, à vérifier les hypothèses théoriques qui ont présidé à la construction de l'outil. La validité du construit, qualité la plus importante, s'affirme au fur et à mesure des études réalisées à partir du test, et donc sur le long terme.
 - o « d'apparence » : mesure subjective, par l'utilisateur, des modalités pratiques du test, comme sa facilité d'usage, sa longueur, son adaptation à la population concernée.
- Sa puissance, c'est-à-dire le degré de significativité du résultat obtenu, qui dépend de N, la taille de l'échantillon et de σ , la variabilité, c'est-à-dire la variance connue du phénomène que l'on mesure.
- Sa sensibilité et sa spécificité, critères que nous avons définis dans la partie théorique et qui doivent être complétés par les qualités prédictives du test.

⁶⁸ L'analyse des données statistiques, ainsi que l'argumentation en matière d'application clinique et de recherche constituent même l'essentiel du contenu du manuel de l'ECSP, au détriment de renseignements à caractère plus didactique et pratique, appréciés des utilisateurs.

Les auteures de l'ECSP présentent, dans le manuel qui accompagne le matériel de test, les études de validation auxquelles elles ont procédé, soit l'étude de la consistance et celle de la « validité critérielle ».

La cohérence interne de l'échelle est éprouvée par une analyse factorielle en composantes principales. Sur la base des résultats de cette analyse, les auteurs concluent à la pertinence des fonctions de communication qui structurent l'échelle, les trois variables les plus saturées correspondant effectivement à l'attention conjointe (AC), à la régulation comportementale (RC) et, dans une moindre mesure, à l'interaction sociale (IS).

L'identification de ce troisième facteur, correspondant à l'IS, n'est toutefois pas totalement nette, en particulier en ce qui concerne la série MIS (maintien de l'IS), qui présente une saturation de 0,338, donc relativement faible.

Ces résultats, concernant le troisième facteur, paraissent refléter l'hétérogénéité de la fonction de communication IS, ainsi définie : « *l'interaction sociale renvoie à des comportements dont le but principal est d'attirer l'attention sur soi dans le cadre de l'échange ludique* » (Guidetti & Tourrette, 1993). Cette définition, trop imprécise, ne saurait rendre compte de la diversité de fonctions que recouvrent les comportements identifiés sous ce label dont le nom désigne, en pragmatique, non une fonction de communication particulière mais la communication elle-même, telle qu'elle s'actualise en situation d'énonciation.

Nous essaierons donc d'apporter quelques nuances à la typologie fonctionnelle tripartite qui structure l'ECSP dans le paragraphe qui traite de cet aspect⁶⁹.

La seconde étude de validité dont les auteurs de cette échelle rendent compte dans leur manuel est une étude de validité concurrente, qui est un des modes de l'étude de validité sur critère. Le référent externe qui sert d'étalon est le Brunet-Lézine (Brunet & Lézine, 1971), qui se trouve être une échelle centrée sur le développement psychomoteur. Les deux outils ne mesurent donc pas vraiment les mêmes comportements et les corrélations attendues ne peuvent pas être très élevées.

⁶⁹ Cf. II.3.3.1 « Analyse fonctionnelle ».

Les auteurs constatent toutefois une corrélation positive entre le score obtenu par les sujets à l'échelle de langage du Brunet-Lézine et le score obtenu à l'échelle d'AC de l'ECSP, ce qui mérite d'être souligné puisque cette corrélation tend à confirmer le rôle de l'AC dans le développement du langage, et notamment dans celui de la fonction référentielle⁷⁰, rôle pressenti par Bruner, référent théorique revendiqué par les auteurs de l'ECSP.

Enfin, comme nous l'avons signalé plus haut, les qualités métrologiques d'un test reposent également sur sa puissance, qui dépend de N et de σ . Or, c'est là que se situe la difficulté principale. On ne peut pas se reporter à une variance connue, en référence à un modèle du développement de la communication qui permette de mesurer la variabilité individuelle puisque, précisément, l'élaboration de l'ECSP cherche, en particulier, à pallier cette carence de référent.

Les objectifs de recherche de Guidetti et Tourrette sont en effet sensiblement différents de ceux de leurs prédécesseurs, Seibert et Hogan.

II.3.1.2 L'ECSP : Un outil ambivalent

A l'origine, les ESCS ont été conçues dans une perspective clinique et de prévention. L'objectif était de disposer d'un outil d'évaluation de la communication qui soit adapté à des enfants présentant des tableaux pathologiques divers et qui permette de leur proposer, dans un cadre thérapeutique, la possibilité d'acquérir ou de récupérer les compétences communicatives déficitaires, identifiées grâce aux ESCS.

Au fur et à mesure des études de validation et des recherches successives (pour une revue, voir Nader-Grobois, 2006), l'outil a vu confirmer son aptitude à identifier et à caractériser les différents profils de communication, notamment ceux des enfants avec retard mental et avec TED, et son utilité dans la recherche du diagnostic (Adrien, 1993).

Les objectifs de recherche des auteurs de l'ECSP sont, eux, prioritairement focalisés sur la genèse des compétences communicatives de l'enfant typique. Guidetti et Tourrette cherchent à vérifier une théorie et à éprouver – ou à construire – un modèle développemental s'inspirant des recherches en pragmatique

⁷⁰ Fonction qu'on trouve déjà dans le schéma de Jakobson et qui consiste essentiellement, en deçà de 30 mois, à nommer, à « étiqueter » (Bruner, 1983, Doré, 1979).

développementale et des théories structuralistes et interactionnistes néo-piagésiennes.

Elles ont donc à cœur de standardiser les ESCS auxquelles elles reprochent « *certaines insuffisances : un manque de standardisation dans le contenu des situations à proposer à l'enfant, une cotation trop globale et une application uniquement auprès de populations pathologiques* » (Guidetti et Tourrette, 1993).

Les efforts de ces deux auteurs ont donc porté, en premier lieu, sur la standardisation des situations et sur l'étalonnage en population française tout-venant. Ces modifications permettent donc d'adapter plus rigoureusement l'outil à des objectifs de recherche en matière développementale. En clinique, où les objectifs sont sensiblement différents, ces aspects sont appréciés de manière différente.

II.3.1.3 La standardisation : un cadre trop rigide en clinique ?

La standardisation détermine des situations inductrices standardisées, un ordre selon lequel administrer les épreuves, un matériel spécifique (fourni avec le test), des conditions de passation précises, incluant des instructions quant aux caractéristiques et à la disposition des lieux et du mobilier, et des consignes détaillées quant à la cotation et à l'attitude à adopter par l'examineur.

Cette procédure présente l'indéniable avantage de rendre possibles les comparaisons inter et même intra individuelles. En revanche, elle induit un manque de souplesse, déjà souligné dans plusieurs études (Nollet, 1996 ; Nader-Grobois, 2006) et que nous retrouvons à trois reprises dans notre enquête.

Pour ce qui est des aspects positifs, plusieurs orthophonistes, dans leurs réponses à notre questionnaire, indiquent un mode d'utilisation de l'ECSP différent de son application en matière de diagnostic, mais rendu possible, ou plutôt amélioré par la standardisation. La fiabilité du test (fidélité test-retest) leur permet en effet de mesurer les progrès de l'enfant d'une évaluation à l'autre et elles utilisent donc le test dans le cadre du suivi de l'enfant, afin de mesurer les compétences acquises, celles qui sont en émergence et celles qui sont encore à acquérir.

Elles apprécient également la valeur pédagogique de la précision des instructions, qui permettent de mieux cibler les comportements à évaluer, d'en saisir d'une manière plus objective et plus rigoureuse les critères sémiotiques.

Elles soulignent, enfin, la pertinence des situations semi- inductrices proposées par l'ECSP, qui créent des conditions jugées "*favorables à l'émergence*

des comportements de communication" et "offrent toutes les situations ludiques nécessaires à l'observation".

Toutefois, si certaines situations sont qualifiées comme étant « *relativement écologiques* », d'autres sont vécues comme artificielles ou encore « *irréalistes* », comme par exemple « l'arrivée de l'adulte », situation destinée à évaluer la prise de contact et les routines sociales de salutation. En effet, s'il est possible, dans des conditions expérimentales, de mettre en scène une « *arrivée silencieuse (sans geste ni parole)* » (ECSP, *feuille de réponse*) afin de laisser l'entière initiative à l'enfant, les conditions d'accueil d'un CAMSP (l'orthophoniste reçoit l'enfant avec ses parents et se présente donc, dans un premier temps) permettent difficilement de mettre en place un tel protocole.

Ces situations sont par ailleurs jugées trop nombreuses par 17% des orthophonistes n'utilisant pas l'ECSP et leur passation chronophage par la même proportion de cette population (cf. Tableau6).

Le principal reproche adressé à la version standardisée réside dans le manque de souplesse de l'outil, qui réduit la marge d'adaptation, pourtant nécessaire, lorsque les goûts et les centres d'intérêt de l'enfant sont limités. Cette marge d'adaptation est d'autant plus réduite que la version française a éliminé de son arsenal une des modalités évaluatives proposées par les ESCS : l'entretien avec les parents⁷¹ qui permet, non seulement de relativiser les résultats de l'observation de l'enfant réalisée à un instant T, mais aussi de se familiariser avec les habitudes et préférences de celui-ci, de manière à lui proposer des activités et un matériel plus attrayant pour lui. Ainsi, on pourra optimiser les conditions d'évaluation et réellement apprécier tout ce dont l'enfant est capable.

Nollet, dans une étude menée auprès d'enfants typiques, autistes et « à troubles de communication » (1996), insiste sur l'utilité du recours au questionnaire (mise en évidence par Glascoe, 1999), et même sur la pertinence de la présence d'une personne familière au cours de l'examen (des conditions diamétralement opposées à la standardisation), qui crée un climat propice à l'émergence de comportements de communication et permet, de surcroît, d'apporter des éclaircissements parfois nécessaires lorsqu'on se trouve confronté à des comportements difficilement interprétables.

⁷¹ Réalisé, dans les ESCS, à l'aide de la même grille que la modalité correspondant à la situation d'observation.

Quant aux orthophonistes de notre échantillon, certains d'entre eux, faisant fi du caractère standardisé du test, procèdent, de manière empirique, aux adaptations exigées par certains profils pathologiques. Ainsi, une orthophoniste travaillant dans un CAMSP spécialisé (déficiences auditives), adapte le code utilisé (le langage oral) en y adjoignant au besoin des signes appartenant à la LSF, toute la difficulté résidant dans la distinction entre gestes conventionnels « *tout-venant* », correspondant à un niveau 3.0, et gestes de LSF, qu'elle cote comme des mots et qui correspondent donc à un niveau développemental supérieur (niveau 3.5, conventionnel verbal)⁷².

Le fait de procéder à des adaptations plutôt que de recourir à la version standardisée n'est pas rare en clinique et recoupe les résultats que nous avons exposés précédemment au sujet de l'utilisation des tests par les orthophonistes⁷³. E. Coudougnan (2012) note au sujet de la façon de mettre en œuvre l'ECSP que : « *Si cette échelle est reconnue dans sa pertinence en clinique et en recherche, il semble qu'elle est peu utilisée dans son format « standard », les orthophonistes préférant s'y référer pour les aspects théoriques ou pour construire leur propre canevas d'évaluation des aspects communicatifs et pragmatiques* ».

Les avis des orthophonistes sont donc partagés en ce qui concerne les apports de la standardisation : les critiques portent essentiellement sur les contraintes trop rigides qu'elle induit et qui conduisent les orthophonistes à adapter l'ECSP au profil de l'enfant à évaluer : ses aptitudes, son mode de communication, ses goûts et intérêts particuliers.

Quant à ceux qui considèrent que la standardisation constitue un aspect positif, ils en apprécient l'apport non pas tant dans le contexte du diagnostic que dans celui de la prise en charge, la fiabilité du test autorisant des évaluations comparatives dans le cadre du bilan d'évolution.

Selon le point de vue des orthophonistes, la standardisation permet donc des comparaisons intra individuelles tandis que l'intérêt des comparaisons inter individuelles, aspect essentiel lié à la standardisation, n'est mentionné par aucun d'entre eux en tant que tel.

⁷² Des adaptations de l'échelle à différents types de handicap sont d'ailleurs envisagées (Guidetti et Tourrette, 2009).

⁷³ Cf. §1.2 « Outils utilisés par les orthophonistes pour réaliser le bilan de la communication ».

II.3.2 La référence à la norme : étalonnage en population typique et profil spécifique des enfants avec TED

La question de la référence à la norme implique deux aspects :

- L'un est relatif à la norme elle-même : peut-on réellement établir un profil développemental typique, compte tenu de l'importance des variabilités inter individuelles ?
- L'autre concerne l'apport de cette référence à la norme en matière de diagnostic précoce de TED : existe-t-il un profil communicatif spécifique caractérisant les enfants souffrant de ce trouble ?

Afin d'étudier cette question, nous avons interrogé les orthophonistes

- D'une part sur la structure développementale proposée par l'ECSP, c'est-à-dire sur les niveaux de développement proposés par l'échelle, sur la précision et la clarté des critères de définition concernant ces niveaux et le passage d'un niveau à l'autre (item II B9 du questionnaire).
- D'autre part sur les spécificités des compétences communicatives des enfants avec TED (items II A10-A12 et II B6-B7-B8-B12) en fonction de leur expérience propre et d'après les fonctions et rôles pris en compte par l'ECSP.
- Enfin, sur l'efficacité de cette analyse en termes de diagnostic (items II A13 et II B5-) et en particulier de diagnostic différentiel (items II A14 II B13).

II.3.2.1 Structure développementale de l'ECSP

La structure développementale originale des ESCS a été modifiée en raison des résultats des travaux d'étalonnage en population française tout-venant auxquels ont procédé les auteurs de la version française⁷⁴.

On constate donc :

- Une disparition du niveau 0 (stade I chez Piaget ou stade des réflexes), celui-ci étant évalué de manière plus précise, selon les auteurs, par la NBAS de Brazelton (1973, 2001 pour une édition plus récente).

⁷⁴ Cf. Annexe VI, le tableau permettant de comparer la structure développementale adoptée par l'ECSP après étalonnage en population française à celle des ESCS et aux sous-stades développementaux du stade sensori-moteur décrits par Piaget.

- Une fusion des niveaux 1 et 2 déterminés par Seibert et Hogan au sein de la même tranche d'âge (de 2 à 6 mois).
- Un découpage plus précis entre le niveau 3 et le niveau 3.5, correspondant à un important changement dans le répertoire des modalités communicatives de l'enfant qui abandonne peu à peu la communication gestuelle au profit de la référence verbale.

La critique qui émerge des réponses au questionnaire concerne essentiellement la distinction peu nette entre niveau 1 et 2.

Les auteurs expliquent cette absence d'indication quant au moment du passage entre les niveaux 1 et 2 par la faible représentativité des enfants les plus jeunes de leur échantillon (un seul enfant de 3 mois et 6 de 4 mois) et promettent de remédier à cette insuffisance par une prochaine étude : « *Nous essayons actuellement de pallier cette insuffisance dans l'échantillon complémentaire que nous sommes en train d'examiner (Tourrette et Guidetti, travaux en cours)* » (Guidetti & Tourrette, 1993). Or, ce réétalonnage n'a toujours pas été réalisé dans la nouvelle version de 2009, dont l'introduction précise qu'il a été différé afin de remettre rapidement l'outil à disposition des utilisateurs (Guidetti et Tourrette, 2009).

Cette absence de distinction claire entre ces deux niveaux rend peu net le passage entre eux et n'est pas compensée par les informations livrées au sujet des critères identifiant l'un et l'autre stade, qui sont définis de façon quelque peu furtive dans le manuel.

La référence aux théories néo- piagésiennes suffit peut-être à pallier le flou des définitions pour des spécialistes en psychologie du développement mais l'ECSP s'adresse au moins également aux orthophonistes à qui le bilan fonctionnel de la communication est préférentiellement confié sur le terrain.

Aussi beaucoup d'entre eux se tournent-ils vers des outils plus riches en matériel « pédagogique » comme *Evalo bb* (2010) et certains justifient ce choix (item II A4) en arguant de la qualité didactique de ce test : grilles d'observation avec repères développementaux, grilles de comportements sémiotiques verbaux et non verbaux, critères d'observation détaillés, livret supplémentaire comportant des définitions, des exemples et des repères concernant les comportements et leur développement, selon différentes approches et plus particulièrement selon les approches pragmatiques et socio-interactionnistes.

On peut objecter que certains de ces derniers aspects sont intégrés au cours de la formation initiale des professionnels mais le domaine est suffisamment complexe et en évolution constante sur le plan de la recherche pour justifier quelques rappels et mises à jour.

Les orthophonistes apprécieraient donc probablement, au vu de ces remarques, une version enrichie sur le plan didactique de l'ECSP, ce que n'apporte pas la nouvelle version (2009), malgré l'ajout d'un DVD.⁷⁵

Toujours est-il que l'absence de précision concernant les niveaux 1 et 2 et le passage de l'un à l'autre, déplorée par les orthophonistes de notre échantillon, entrave d'autant plus l'évaluation que les enfants reçus dans le cadre du bilan précoce présentent souvent un retard tel qu'ils se situent, sur le plan développemental, dans les premiers niveaux, n'accédant que rarement, dans leurs premières années de vie, au niveau conventionnel (3.0 et 3.5).

De surcroît, l'étude fine de ce passage entre niveau 1 et 2 semble riche d'enseignements dans le domaine de l'autisme dans la mesure où c'est au cours de ce passage que l'intentionnalité se différencie, que l'enfant passe d'une activité centrée sur son corps propre à une activité orientée vers le monde extérieur, commence à mettre en place des moyens spécifiques pour attirer l'attention de l'adulte, à coordonner ses actions et, sur le plan neurologique, à intégrer de manière efficiente les stimuli ressortant aux différents modes sensoriels.

Un réétalonnage et une étude plus fine des premiers comportements communicatifs⁷⁶ constitueraient donc des apports déterminants dans la perspective de pouvoir mieux caractériser le comportement des enfants présentant un retard important dans ce domaine.

II.3.2.2 Existe-t-il un profil développemental caractéristique de l'enfant avec TED dans le domaine de la communication?

En principe, la référence à la norme suppose qu'il y ait effectivement une norme identifiable et que la référence à cette norme permette, par la mesure d'un

⁷⁵ Ce DVD a le mérite de présenter des extraits de la passation de l'ECSP mais ces extraits ne sont malheureusement pas enrichis de commentaires qui permettraient de les mettre efficacement à profit.

⁷⁶ Il est toujours question ici des niveaux 1 et 2 et non du niveau 0 (stade réflexif), qui n'est pas pris en compte par l'ECSP.

décalage, d'objectiver des écarts pathologiques, constituant ainsi un système de repères exploitable pour l'établissement du diagnostic.

Précisons tout d'abord qu'il existe, au sein de la population typique, des disparités importantes quant à l'âge d'apparition des différents comportements communicatifs et quant au rythme développemental de chacun. Guidetti et Tourrette rappellent à ce sujet que les âges développementaux de la compétence communicative déterminés à partir de la conversion des scores obtenus au test « *doivent être utilisés avec prudence, étant donné la dispersion dans chaque groupe d'âge* ».

La référence au modèle de Fischer, plutôt qu'à celui de Piaget, laisse d'ailleurs une part plus explicite à la variabilité interindividuelle.

Les auteurs de l'ECSP constatent toutefois au sein de leur échantillon une relative homogénéité dans le développement des différentes fonctions communicatives : « *plus de la moitié des enfants ont un profil homogène puisqu'ils ne présentent pas de décalage. 45% présentent un décalage d'un niveau. Neuf enfants (soit 4% de l'échantillon total) présentent plus d'un décalage* ».

Les fonctions (IS, AC, RC) semblent donc se développer de façon concourante chez l'enfant typique, comme l'affirme également A.M. Wetherby, auteur d'un test « concurrent » : *Thus, normal communicative development does not proceed from one function to many functions, but rather progresses in the complexity of linguistics means mapped on to a variety of communicative functions.* (Wetherby, 1986, p.303).

Des constantes se dégagent donc en termes de développement concomitant des différentes fonctions et en termes de stades, lesquels sont déterminés par la complexité des moyens de communication employés.

Le développement des enfants avec autisme se caractériserait, a contrario, par une dysharmonie dans le développement de ces fonctions.

Nous avons donc interrogé les orthophonistes sur leur perception de ce qui caractérise, d'après leur expérience propre, un profil d'enfant avec TED sur le plan fonctionnel.

Les deux tiers des orthophonistes qui utilisent l'ECSP considèrent que cette échelle leur permet de repérer des dysharmonies développementales au sein même de la fonction de communication, dysharmonies qui constituent un critère significatif d'un TED (item II B5).

La dysharmonie entre niveau développemental communicatif et cognitif au détriment du premier fait consensus. Un orthophoniste précise à ce sujet (item II B6) que toutes les fonctions de communication sont déficitaires chez les enfants avec TED. La fonction la plus déficitaire est cependant identifiée par presque tous les orthophonistes (à une exception près) comme étant l'attention conjointe, ce qui recoupe les résultats publiés dans la littérature (de Mundy, Sigman et Kasari, 1990, à Cassel et al, 2007).

En termes de rôle tenu par l'enfant avec TED au cours de l'interaction (item II B7), l'enfant aurait plus de mal à initier ou à la fois à initier et maintenir, ce que concluaient déjà les premières études (Adrien, 1993).

Enfin, le comportement le plus représenté au sein de cette population (item II B8) serait l'IRC, l'enfant avec TED communiquant en priorité à des « fins environnementales » (Wetherby, 1986), quitte à instrumentaliser l'adulte, davantage perçu comme un moyen d'atteindre un but que comme un partenaire social avec qui partager des centres d'intérêt, des émotions ou le plaisir de l'interaction.

Un orthophoniste ajoute que le comportement le plus déficitaire serait celui qui consiste à faire des commentaires pour autrui.

On pourrait objecter que cette fonction (commenter) correspond davantage à un niveau développemental nécessitant d'avoir acquis la fonction symbolique, qui constitue la limite supérieure du test, mais il est possible de l'inclure dans la fonction AC qui, en se complexifiant, aboutit au commentaire. Concrètement, le commentaire s'actualise chez le petit enfant sous la forme d'interjections exclamatives (exprimant l'admiration à propos d'un jouet ou d'une image présentés par l'examineur par exemple), ou d'holophrases constituées par un qualificatif⁷⁷ (par exemple « beau ! » en modalité exclamative et accompagné d'un geste déictique), soit à un niveau 3.5 dans le cas de l'emploi d'une holophrase et à un niveau plus antérieur dans le cas de l'emploi isolé d'une tonalité spécifique ou d'une interjection.

Il reste que la question du profil développemental communicatif des enfants avec TED demeure complexe, avec des différences interindividuelles importantes, comme le rappelle un orthophoniste et comme nous l'avons exposé tout au long de la partie théorique de cette étude.

⁷⁷ Cf. en annexe, le compte rendu du bilan de communication de Y.

II.3.2.3 Apport de la référence à la norme en matière de diagnostic

En matière de diagnostic, la spécificité de l'enfant avec TED semble davantage se décliner en termes de déviance qu'en termes de retard selon les orthophonistes de notre échantillon (items II A13 et II B12).

On peut illustrer cette spécificité par l'exemple du « pointing » qui, lorsqu'il est présent, se caractérise par une absence de coordination entre le geste et le regard, ce dernier ne prenant pas en compte le partenaire de l'interaction.

Précisons cependant que le développement non synchrone des différentes fonctions de communication constitue déjà une déviance par rapport au modèle typique et que, de surcroît, les comportements mis en place par l'enfant avec TED dans une fonction particulière restent souvent prisonniers du contexte de production (par exemple le geste signifiant « au revoir » n'est compris qu'en situation⁷⁸) et ne sont pas généralisables à d'autres fonctions. Ainsi, le niveau verbal peut être atteint dans le domaine de la demande (IRC dans la terminologie de l'ECSP), mais pas dans d'autres fonctions, comme par exemple la fonction référentielle (intégrée à l'AC dans l'ECSP). Wetherby (1986) décrit cette particularité à travers un cas représentatif (op. cit. p.307) et Adrien et al (2001) l'intègre à une dysrégulation plus globale de l'activité cognitive⁷⁹ spécifique du fonctionnement de l'enfant avec TED⁸⁰.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel (items II A14 et II B13), si les orthophonistes précisent que l'ECSP ne suffit pas à l'établir (ce qui est entendu, le diagnostic résultant de la confrontation des regards de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire) et que le diagnostic de trouble spécifique du langage oral (dysphasie) ne peut être posé qu'ultérieurement (en principe pas avant 5-6 ans), il eût été pertinent d'évoquer la possibilité d'un diagnostic différentiel par rapport au retard mental isolé. En effet, il semble que l'ECSP permette de distinguer les profils des enfants présentant l'une ou l'autre pathologie, comme le montre l'étude menée

⁷⁸ Selon Guidetti, citée par Guidetti et al (2004), la signification des gestes conventionnels resterait intégrée à des formats primaires de communication, tels que définis par Bernicot (1992) et Laval (1999), citées en référence dans le même article. Ces formats se caractérisent par leur globalité et leur dépendance vis-à-vis du contexte.

⁷⁹ J-L Adrien est aussi l'auteur de plusieurs tests, parmi lesquels la GRAM, grille de la régulation de l'activité (1996), qui permet d'apprécier ce type d'« oscillations cognitives » en observant les organisations aberrantes de schémas comportementaux au cours de la résolution de problème.

⁸⁰ Ces irrégularités dans la mise en œuvre des comportements font référence, en psychologie du développement, à la notion de « vicariance ».

par Viellard et al (2007)⁸¹. Sous cet angle, cet outil constituerait un apport en matière de diagnostic différentiel mais aucun orthophoniste de notre échantillon n'a mentionné cet aspect.

II.3.3 L'approche pragmatique : analyse fonctionnelle et analyse des modalités de communication

Il existe peu d'outils, en langue française, d'évaluation des habiletés pragmatiques chez l'enfant, et la plupart d'entre eux concernent l'évaluation des enfants avec langage (Coquet, 2005, Tourrette, 2014, pour une revue).

L'ECSP a le mérite de fournir une approche de la communication préverbale basée sur l'analyse des fonctions de communication actualisées par l'enfant de moins de 30 mois et une description de la mise en place des pré-requis du langage sous la forme d'items hiérarchisés décrivant les modalités de communication employées par l'enfant à chaque niveau de son développement jusqu'à l'émergence de la fonction symbolique et à l'apparition des premières associations de mots.

Toutefois, si l'assise développementale de l'ECSP s'appuie sur des références solides et documentées, celle des fonctions de communication semble présenter des lacunes, notamment au regard des théories linguistiques pragmatiques, des typologies existantes (qui concernent davantage, il est vrai, le classement des actes de langage que celui des actes de communication, qu'il reste à étayer plus rigoureusement) et comparativement à la grille de Wetherby et Prutting (1984), plus exhaustive (Fernandes, 2004) et également recommandée par la HAS.

En ce qui concerne la description des modalités de communication, l'ECSP fournit de précieux repères, mais plusieurs orthophonistes notent que certains comportements ne sont pas représentés ou que d'autres, au contraire, sont décrits sur la *feuille de réponse* de l'ECSP mais peu actualisés dans les faits, c'est-à-dire lors de la passation effective en bilan. La comparaison avec les grilles d'observation qui enrichissent le matériel de test d'*Evalo bb* (Coquet et al, 2010), permet de cerner

⁸¹ Cette étude, qui compare le développement communicatif d'une population d'enfants souffrant de TED avec celui d'une population d'enfants avec retard mental isolé (RMI) appariées d'après l'âge développemental global, montre que les enfants avec TED souffrent d'un retard de développement de la compétence communicative plus important relativement aux enfants avec RMI, excepté dans la série IRC, où la différence entre les deux populations n'est pas significative. Ces résultats contribuent à distinguer le profil développemental d'enfants avec TED et d'enfants avec RMI et participent ainsi à l'élaboration du diagnostic différentiel.

les aspects qui pourraient être améliorés dans l'ECSP afin de mieux repérer les comportements critiques.

II.3.3.1 Analyse fonctionnelle

La plupart (80%) des orthophonistes de notre échantillon ayant choisi l'ECSP l'ont fait en raison de l'analyse fonctionnelle qu'elle permet.

La moitié d'entre eux notent toutefois que, d'une part, cette analyse ne prend pas en compte toutes les fonctions communicatives que l'on peut identifier chez l'enfant de moins de 30 mois et que, d'autre part, la fonction d'IS présente peu de cohérence et s'apparente davantage à un « fourre-tout » qu'à une fonction précisément délimitée.

En se référant aux théories linguistiques traitant des fonctions linguistiques en lien avec le schéma de communication (Jakobson, 1963) ou avec le concept de performance (Austin, 1962 ; Searle, 1969), on peut commencer à repérer des lacunes et à compléter l'inventaire.

Il est vrai qu'à l'origine, ces fonctions ont été étudiées en référence à la communication et au langage de l'adulte mais d'autres travaux, mentionnés par l'ECSP pour certains (Bruner, Bates et al, essentiellement), ont cherché à adapter ces théories à la communication du tout jeune enfant (Halliday, 1975, Dore, 1979).

La référence aux travaux de Bruner apparaît clairement et de manière explicite en ce qui concerne la fonction d'AC et son rôle de précurseur dans le développement de la fonction référentielle⁸² du langage (dénomination, « étiquetage »).

Les sources de la RC sont également aisément identifiables, non seulement en référence à Bruner (dans ses travaux portant sur l'émergence de la demande, 1983) mais aussi chez les linguistes comme Jakobson (fonction conative) ou chez les tenants de la pragmatique comme Searle et Vanderveken (catégorie des « directifs »).

Dans le domaine de la psychologie développementale également, la distinction entre ces deux premières fonctions a été reprise, argumentée et illustrée à moult reprises, en particulier afin d'opposer le pointage dit proto-déclaratif (qui

⁸² Terminologie non adoptée par l'ECSP, mais qui renvoie pourtant aux travaux de Bruner et également au schéma de communication de Jakobson que nous avons reproduit dans la première partie de cette étude.

permet de mettre en relief, à la manière d'un déictique, un élément de l'environnement qui suscite un intérêt que l'enfant désire partager avec son partenaire d'interaction) et le pointage proto-impératif ou « à fin environnementale ⁸³».

En revanche, il est plus difficile d'identifier un référent théorique en ce qui concerne la fonction dite d'IS.

Bien entendu, de nombreux travaux, dans le domaine de la psychologie développementale, portent sur la responsivité sociale du bébé, comme nous l'avons vu dans la première partie. Cependant, dans le domaine linguistique, de fonction d'interaction sociale : point. Et pour cause : l'interaction sociale désigne tout acte de communication produit en contexte et non une fonction en particulier.

Il est d'ailleurs malaisé de percevoir la cohérence de cette fonction au sein de l'ECSP puisqu'elle concerne des comportements qui, outre le but très succinctement défini par leurs auteurs (« attirer l'attention sur soi »⁸⁴) peuvent incarner bien d'autres objectifs et concernent des situations et des comportements aussi variés que les rituels de salutation, le jeu avec des objets sociaux, les comportements d'imitation vocale et gestuelle, le plaisir partagé de l'interaction physique, l'expression de l'empathie, le tour de rôle, le faire-semblant, le fait de taquiner l'adulte et enfin, effectivement, les tentatives de l'enfant pour attirer l'attention sur lui.

Peut-être est-ce pour cette raison que c'est cette fonction qui est le plus mise à mal par les études de validation rapportées dans le manuel, comme nous l'avons souligné dans le paragraphe portant sur les qualités métrologiques du test.

Certes, Seibert et Hogan, à l'origine de cette terminologie, précisent qu'ils emploient l'expression « social interaction » dans une acception plus restreinte que l'acception habituelle : « *social interaction is narrowly defined to refer to behaviors that gain and maintain the interaction of the partner, primarily for playful purposes (i.e., the pleasure of the interaction) or for contact or proximity.* » (Seibert et al, 1982) mais cette définition « restreinte » ne l'est pas tellement et fait explicitement allusion à plusieurs fonctions distinctes (« *playful purposes (...) or contact or proximity*⁸⁵ »).

Il semble portant opérationnel, en matière de diagnostic de TED, de distinguer les tentatives pour attirer l'attention sur soi (tentatives parmi lesquelles on peut

⁸³ Cf. note 29.

⁸⁴ Ce qui correspondrait, chez Jakobson (1963) à la fonction phatique (associée, dans le schéma de communication, au canal) qui permet d'établir et de vérifier le contact entre émetteur et récepteur.

⁸⁵ C'est nous qui soulignons.

ranger les « comportements problèmes » que constituent les stéréotypies ou même les auto agressions, qui peuvent constituer un mode d'expression spécifique du mal être ou des tentatives pour alerter l'adulte) d'objectifs d'un autre ordre comme le plaisir de l'interaction partagée, cité par les auteurs des ESCS.

Si l'on cherche à compléter la maigre typologie présentée par l'ESCP, on s'aperçoit rapidement qu'une fonction brille par son absence : la fonction expressive. Identifiée par Jakobson et intégrée à la typologie des actes de langage de Searle, elle est centrée sur l'émetteur et sur l'expression de ses sentiments, impressions, réactions voire sur ses opinions sur le monde.

Pourtant, son analyse paraît essentielle dans le bilan fonctionnel, compte tenu des difficultés spécifiques des personnes avec TED à identifier et exprimer leurs émotions. Que l'on songe aux particularités prosodiques⁸⁶ ou à l'amimie qui fige souvent le visage des enfants avec TED, ces singularités sont assez remarquables pour justifier d'une analyse fonctionnelle particulière et documentée.

L'étude de cette fonction peut également se décliner en termes de niveaux développementaux : depuis la traduction d'un état interne non intentionnel (par exemple, les cris du bébé, diversement interprétés par l'adulte), en passant par le stade de l'émergence de l'intentionnalité, où le comportement est reproduit et se diversifie, et qui nécessite plusieurs capacités dont la mise en place est déterminante (savoir reconnaître son état interne, savoir l'exprimer de manière compréhensible pour l'autre, ce qui nécessite une intégration minimale du code et la volonté de transmettre à autrui l'information), jusqu'à des formes plus complexes⁸⁷, mettant en jeu la prosodie, les mimiques faciales, certains gestes conventionnels comme le haussement d'épaule ou le geste d'applaudir, les interjections⁸⁸ ou encore le vocabulaire des sentiments dans ses premières actualisations.

Toujours en référence à Jakobson, on peut identifier d'autres fonctions de communication présentes dans la communication du tout petit, comme celle que cet auteur désigne sous l'expression de « fonction poétique » et qui est centrée, cette fois, sur la forme du message.

⁸⁶ Cf. Partie théorique, IV.2.2 « Spécificité des troubles langagiers dans l'autisme ».

⁸⁷ Chez l'adulte ou chez l'enfant plus âgé, cette fonction s'actualise dans le discours par le biais de la modalisation, c'est-à-dire par tous les marqueurs de la subjectivité dans le discours (mode des verbes, auxiliaires modaux, adverbes et adjectifs exprimant des jugements de valeur notamment).

⁸⁸ Cf. Annexe VII : Y., 28 mois, est déjà capable d'exprimer sa déception par une exclamation appropriée : « oh mince ! ».

Les jeux vocaux du bébé (qui consistent à jouer avec sa voix, avec les sons, avec les mots) s'inscrivent dans ce contexte et l'on peut distinguer au moins deux fonctions différentes au sein de ce groupe : l'une est d'ordre ludique, récréative, hédonique ; l'autre apparaît dans la typologie des « actes de « parole » présents au stade préverbal » de J. Dore sous le terme « exercice », qui se rapporte aux comportements vocaux destinés à l'entraînement et à l'apprentissage.

Cette fonction peut également se décliner, chez l'enfant avec TED, sous la forme pathologique de l'autostimulation verbale.

Enfin, en référence à la classification d'Austin, qui, le premier, a cherché à catégoriser les actes de langage, on peut mettre à profit la catégorie des « *comportatifs* », qui ont trait à l'expression des comportements sociaux. Ces derniers relèvent de l'intégration de codes culturels tels que la politesse (remerciements, excuses, demandes de permission) et incluent également l'idée d'une réaction à la conduite et au sort d'autrui. Ces deux types de comportement sont présents dans les items de l'ECSP mais sont codés, pour l'un, en IRC (la permission étant une forme de demande), et, pour l'autre, en RIS (cf. la situation qualifiée sur la *feuille de réponse* sous l'appellation « *détresse factice de l'adulte* »), classement qui ne permet pas d'en analyser la spécificité fonctionnelle en termes d'intégration de la dimension culturelle et affective du langage.

Pourtant, l'identification de ces deux fonctions paraît singulièrement opérante en matière de diagnostic, eu égard à l'absence de référence sociale ou aux difficultés d'intégration des comportements relevant d'un code social tel que la politesse chez beaucoup d'enfants souffrant de TED et surtout relativement au déficit en matière de « théorie de l'esprit » (intégrant le comportement empathique), qui, pour nombre de chercheurs, constitue le déficit central de la pathologie (Baron-Cohen, 1995).

A l'instar de ces typologies, la grille d'observation de Wetherby et Prutting (1984), qui s'inscrit, comme l'ECSP, dans le courant pragmatique, offre un inventaire plus complet (mais aussi plus spécifique) que cette dernière.

Adoptée par plus d'un quart des orthophonistes de notre échantillon, elle a été élaborée dans un contexte de recherche dont l'objectif était d'étudier la spécificité du profil communicatif des enfants avec TED et comporte quinze fonctions.

Neuf d'entre elles regroupent des fonctions assimilables à celles de l'ECSP : la demande d'objet, d'action ou de permission déclinent différents aspects de la série

IRC de l'ECSP, la protestation correspond à une modalité de la série RRC, la reconnaissance d'autrui et le comportement pour attirer l'attention sur soi sont liés à la fonction d'IS et enfin la demande d'information ou le commentaire pour autrui s'inscrivent dans la fonction AC.

En revanche, six autres fonctions, absentes de l'ECSP, fournissent des axes supplémentaires à l'analyse du comportement communicatif de l'enfant avec TED.

Trois d'entre elles relèvent de la communication privée et ne sont donc pas fondamentalement interactives, et trois autres, de comportements expressifs à propos desquels on ne peut pas toujours parler d'intentionnalité bien qu'ils puissent en constituer les bases.

La prise en compte des comportements non interactifs - commentaires pour soi, dénomination, désignation pour soi, accompagnement vocal - peut s'avérer particulièrement opérante avec des enfants souffrant de TED et cherchant parfois à se rassurer ou à « s'auto-réguler »⁸⁹ par la parole. Les stéréotypies verbales, par exemple, apparaissent de manière plus prégnante dans des contextes mettant l'enfant en difficulté et la situation de bilan, justement, en est un.

L'identification de comportements expressifs –réaction émotionnelle, réaction vocale au contexte, comportement verbal non relié à la situation- constitue également un apport particulièrement intéressant en ce qui concerne cette population, car ces comportements peuvent être analysés en rapport avec le contexte, afin d'en apprécier l'adaptation (la réaction est-elle en lien avec un élément du contexte ? Son origine est-elle identifiable par l'examineur ?) ou le caractère éventuellement disproportionné (hyper ou hypo réaction au contexte).

Comme l'ECSP, cette grille a fait l'objet d'une traduction (Livoir-Petersen, 1989). Elle est utilisée dans le protocole de bilan (Fernandes, 2004), où sont comparées la proportion d'actes de communication en interaction par rapport à celle des comportements non interactifs et, au sein des actes de communication en interaction, la proportion des actes à fins environnementales (obtenir concrètement quelque chose, la satisfaction d'un besoin égocentré) ou à fins d'interaction sociale et d'attention conjointe.

La grille s'intègre, par exemple, dans le protocole de bilan du CRA Languedoc-Roussillon, qui en a publié une adaptation, l'OEP 2005 (Brisot-Dubois,

⁸⁹ L'expression a été relevée chez Prizant et al. (1981, 1984), dans leur typologie des « catégories fonctionnelles de l'écholalie ».

2005), version qui inclut bien d'autres sources (dix échelles ont été recensées et exploitées) et qui constitue un mode d'utilisation représentatif de l'adaptation en clinique des outils existants, prenant en compte non seulement les évaluations pragmatiques mais aussi les évaluations formelles, indispensables⁹⁰.

L'analyse fonctionnelle proposée par la version originale de cette grille est exploitée par les centres diagnostiques mais demande donc, et donne lieu, comme pour l'ECSP, à des adaptations aux besoins réels du terrain.

II.3.3.2 Analyse des modalités de communication

C'est l'étude des moyens employés par l'enfant pour atteindre tel ou tel objectif qui permet de déterminer le niveau atteint.

Dans l'ECSP, les comportements sont décrits et présentés de façon hiérarchique pour chaque situation proposée. Le niveau développemental (1-2-3.0-3.5-4) apparaît directement dans le code de l'item. Par exemple, IIS-3 « accueil spontané de l'adulte par un geste conventionnel », signifie que l'enfant initie l'interaction sociale par un comportement de niveau 3, conventionnel gestuel.

Cette disposition paraît pratique mais appelle plusieurs remarques :

D'une part, les comportements rapportés sur la *feuille de réponse* ne recourent pas toujours ceux que l'on observe effectivement (items II A10 et 12, II B 8 du questionnaire) : le comportement des enfants avec TED ne rentre pas toujours dans les cases ! Par exemple, dans la situation qui consiste à « *présenter à l'enfant des objets sociaux* », on ne trouve, pour le niveau 1, que l'IAC1 : « *tient ou manipule un objet et regarde l'adulte.* » Or, il n'est pas rare que l'enfant avec TED reste centré sur l'objet, dont il explore les détails, sans considération pour l'adulte, ou encore que son regard soit absent, comme fixant le vide, ou encore qu'il détourne la fonction première de l'objet à des fins d'autostimulation ou d'exploration tactile ou buccale.

Lister ces comportements sous forme de signes d'alerte ne serait donc pas inutile. Le test *Evalo bb* a entamé cette démarche en intégrant à son matériel un tableau relevant les comportements dont l'absence constitue un motif d'alerte mais il constitue seulement une aide au dépistage et non au diagnostic.

⁹⁰ Cf. Annexe VII bis, « éléments du bilan de langage de Y. », où l'on voit que, selon le niveau atteint par l'enfant, une évaluation spécifique des comportements verbaux s'impose.

Ensuite, l'attribution par l'ECSP d'un même niveau à différents types de comportements pose parfois problème.

Ainsi, dans la situation « *présenter un objet mécanique* » (ECSP-F, Feuille de réponse), où l'examineur montre l'objet en question hors de portée de l'enfant dans un premier temps, les comportements suivants sont cotés de la même manière (IRC 2) :

- *5a IRC-2 : cherche à atteindre O sans regarder A⁹¹.*
- *5b IRC-2 : regarde O puis A.*
- *5c IRC-2 : regarde A puis fait un geste pour indiquer qu'il veut O.*

Dans le premier item, l'enfant n'est clairement pas impliqué dans quelque communication que ce soit. Dans le second, il ébauche une demande par l'alternance des regards, comportement qui constitue la base (ou un pré-requis) de cette fonction. Dans le troisième, la demande est effective et constituée : elle coordonne contact visuel et geste signifiant, même si ce dernier n'est pas encore conventionnel.

Certes, un enfant de cette tranche d'âge (six mois au plus, selon le découpage de l'ECSP) peut présenter l'un ou l'autre des trois comportements décrits mais coter chacun d'eux de la même manière (niveau 2 dans notre exemple) ne renseigne pas sur le niveau effectif de l'enfant dont nous venons, à travers cet exemple, d'illustrer les différents degrés.

La cotation des items est donc à utiliser avec vigilance si l'on ne veut pas passer à côté de différences qui peuvent être significatives en matière de diagnostic de TED.

Enfin, concernant l'analyse formelle des comportements, l'ECSP mentionne regards, gestes, vocalisations et moyens verbaux mais ne caractérise pas toujours ces différentes modalités⁹² et ne prend en compte ni la distance interpersonnelle (laquelle est souvent inadaptée chez l'enfant avec TED, qu'il soit en retrait ou au contraire envahissant), ni les postures (l'orientation corporelle est, par exemple, l'une des composantes de la demande), ni les mimiques expressives (à l'exception du sourire), ni la qualité de la prosodie (dont nous avons déjà souligné les particularités chez l'enfant avec TED).

⁹¹ O = objet et A = adulte (l'examineur).

⁹² Boidé (2007), dans son mémoire d'orthophonie, propose une analyse intéressante du regard, de la voix, des gestes, postures et mimiques, déclinée en 4 niveaux développementaux.

Les gestes communicatifs ne sont pas non plus caractérisés, la seule distinction les concernant se basant sur la dichotomie conventionnels / non conventionnels.

Or, certains gestes non conventionnels ont un contenu clairement référentiel (gestes de forme d'objet, d'utilisation d'objet ou indiquant le résultat d'une action) et, même s'ils ne sont pas conventionnels, ils sont facilement interprétables car quasi iconiques. Ils n'ont donc pas le même statut ni la même valeur, sur le plan de la communication, que des gestes idiosyncrasiques ou stéréotypés.

Sur ce point encore, le test de F. Coquet, *Evalo bb*, présente des nuances appréciables. Il propose une méthodologie de l'observation prenant en compte toutes les modalités que nous venons d'évoquer et qui sont reprises dans les différentes grilles d'observation concernant :

- Les comportements d'interaction en modalité non verbale.
- Les conduites prélogiques de manipulation d'objets.
- La mise en place du jeu de faire-semblant.
- L'analyse des comportements sémiotiques verbaux et non verbaux.

Ce test pêche, il est vrai, par un étalonnage insuffisamment étayé⁹³, mais ses qualités pédagogiques, son caractère pratique, salué par les utilisateurs (item IIA4), son adaptation aux objectifs du bilan orthophonique (comprenant, outre l'étude des moyens de communication non verbaux, l'analyse des éléments formels du langage, des gnosies et des praxies) en font un outil apprécié et employé, quoi que non exclusivement, par la majorité des orthophonistes (60%) dans le cadre du bilan précoce de la communication.

Notre but n'est pas de faire l'apologie d'un test dont les qualités métrologiques ne sont pas suffisamment éprouvées mais l'utilisation massive d'un test non recommandé par la HAS, en regard de l'utilisation encore marginale d'un test reconnu, validé et promu pose question.

⁹³ Cf. Tourrette, 2014, p.178 : « *La démarche de validation ne semble pas achevée car les auteurs mentionnent un étalonnage de seulement 64 enfants (vus à 20 mois, dont 59 sont revus à 27 mois), les obligeant à recourir à des méthodes non paramétriques. L'étude de validation et la recherche de validité prédictive ne peut être réalisée de façon satisfaisante sur ces points effectifs, d'autant plus qu'à cette période, la variabilité inter individuelle (et intra individuelle) est très importante* ». Contentons nous de remarquer ici que l'ECSP n'a pas non plus bénéficié d'une étude systématique concernant sa valeur prédictive puisque la destination première de l'adaptation française n'était pas de concourir au diagnostic de TED.

Outre les aspects que nous avons pu évoquer tout au long de ce travail, et qui, nous semble-t-il, témoignent de l'intérêt qu'il y aurait à mettre à profit l'expérience du terrain, une partie de la réponse est peut-être également à chercher dans l'identification quelque peu ambiguë des destinataires d'un test évaluant la communication sociale précoce.

Il semble en effet que, dans l'objectif louable d'inclure l'analyse de la communication dans une démarche plus globale d'évaluation du fonctionnement cognitivo-social, les psychologues tendent à investir un domaine qui relève davantage de l'orthophonie, à moins de cantonner ce dernier au strict périmètre du langage verbal, ce que ne vient pas confirmer la tendance actuelle qui, au contraire, s'incarne dans un élargissement du domaine de compétence des orthophonistes, comme en témoignent les révisions successives de la nomenclature (NGAP, 1983, 1992, 2002).

Malheureusement, les orthophonistes ne disposent pas pour le moment d'un cursus universitaire leur donnant accès à la recherche et, s'ils mettent néanmoins au point des outils à destination des membres de leur profession, l'élaboration de ces derniers ne bénéficie pas toujours des conditions nécessaires aux travaux de traduction, d'adaptation, d'étalonnage et de validation.

III- DISCUSSION ET PROLONGEMENTS

III.1. Critiques concernant la méthodologie adoptée dans ce mémoire

III.1.1 Changement de méthode par rapport au projet initial

A l'origine, nous avons prévu, afin de déterminer les qualités et les limites de l'utilisation de l'ECSP lors du bilan fonctionnel de la communication préverbale dans le cadre du diagnostic de TED, d'employer la méthode expérimentale, en procédant à des bilans avec l'ECSP, appliquée à la population reçue au CAMSP à des fins diagnostiques et en comparant les résultats et les conclusions obtenus avec ceux des autres bilans cliniques.

Il s'agissait, d'une part, d'apprécier le degré de convergence de ces différents modes d'évaluation et donc de contribuer à préciser la sensibilité et la spécificité de l'ECSP en matière de diagnostic fonctionnel de TED, et, d'autre part, de mieux identifier la nature des difficultés qui pouvaient se poser lors de la passation du test et lors de la cotation. Nous projetions notamment de repérer et d'analyser la correspondance entre les comportements effectivement produits par les enfants et les comportements décrits par les items de L'ECSP.

Appliquer cette méthode exigeait des conditions d'expérimentation dont nous n'avons pu bénéficier : l'outil n'était pas (encore) employé dans l'établissement où nous effectuions notre stage, le matériel vidéo n'était pas idéalement adapté et surtout, nous n'avions pas la formation requise pour appliquer l'ECSP et nos maîtres de stage non plus.

Face à ces obstacles rédhibitoires, nous avons modifié notre méthode de travail. Ne restait, pour mesurer les difficultés éventuelles posées par l'utilisation en clinique du test et pour en apprécier les qualités et les limites, qu'à interroger les utilisateurs, c'est-à-dire les orthophonistes participant au diagnostic précoce de TED.

Ce changement de méthode a finalement eu le mérite de nous permettre de vérifier ce qui n'était, tout bien considéré, qu'un postulat de notre part, le fruit d'une intuition concernant l'utilisation marginale de l'ECSP par les orthophonistes, impression qui ne reposait que sur notre connaissance d'un secteur géographique et institutionnel limité et qui, par conséquent, aurait pu se révéler erronée à une échelle plus importante.

Des questions destinées à évaluer la proportion d'orthophonistes utilisant le test recommandé par la HAS et à identifier la nature et le mode de mise en œuvre des autres tests éventuellement mis à contribution par les orthophonistes lors du bilan de la communication sociale précoce ont donc été intégrées au questionnaire dont elles constituent la première partie.

III.1.2 Détermination de la population interrogée et fiabilité des résultats en fonction de cette population

Du fait du nombre important de CAMSP présents sur le territoire national comparativement au nombre limité de CRA, la répartition des questionnaires en fonction du lieu d'exercice est typiquement déséquilibrée.

D'un côté, cette répartition reflète la réalité et contribue à identifier un élément de réponse quant à l'utilisation peu répandue de l'ECSP : les orthophonistes exerçant en CRA se situent au cœur de l'information et de la formation et semblent davantage utiliser l'ECSP, contrairement à leurs collègues exerçant en CAMSP.

D'un autre côté, l'utilisation de ce test étant corrélée, dans notre échantillon, au lieu d'exercice, nous n'avons recueilli que peu de réponses de la part d'orthophonistes utilisant l'ECSP.

Cette répartition nous a donc permis de traiter de manière statistique les données relatives aux CAMSP mais nous a posé un problème de représentativité concernant les utilisateurs de l'ECSP, qui se sont révélés peu nombreux et localisés dans des CRA pour deux tiers d'entre eux.

Les questions fondées sur l'analyse structurelle de l'outil (standardisation, étalonnage, qualité de l'approche pragmatique) exigeaient une solide connaissance de celui-ci et, par conséquent, ne pouvaient être traitées de façon pertinente que par peu d'orthophonistes de notre échantillon.

Les réponses recueillies n'ont donc pas valeur statistique et n'ont pu être prises en compte que d'un point de vue qualitatif et non représentatif.

Interroger les services pédopsychiatriques des centres hospitaliers, comme prévu au départ⁹⁴, aurait peut-être permis de pallier cet inconvénient. Mais la diversité des situations (taille et statut des établissements - de la petite unité de campagne au CHU- disparité des populations accueillies et des tranches d'âge concernées, présence ou non d'un orthophoniste au sein du service, ainsi que la difficulté à identifier ces différents paramètres en un temps limité - préalable nécessaire à l'envoi d'un questionnaire -), nous ont conduit à nous limiter aux populations finalement retenues, avec les conséquences que nous venons d'énoncer.

III.1.3 Elaboration du questionnaire : questions à reformuler a posteriori

III.1.3.1 Concernant la participation des orthophonistes au diagnostic de TED (item 2)

Dans la première partie du questionnaire, il eût été pertinent de demander aux orthophonistes si l'établissement dans lequel ils exercent faisait partie du dispositif de

⁹⁴ Cf. item 1 du questionnaire : vous exercez en CRA / CMP / CAMSP.

diagnostic précoce mis en place par le dernier plan autisme. Autrement dit, concernant uniquement les CAMSP, étaient-ils identifiés en tant qu'unité d'évaluation ? Depuis quand ? Ou bien en étaient-ils à l'étape du projet, de l'élaboration de la procédure ?

Cette dernière option s'est en effet révélée, au fil des réponses recueillies ou des courriers échangés, correspondre à la situation d'au moins cinq CAMSP qui se trouvaient en pleine réorganisation.

Mais, au moment où nous avons élaboré notre questionnaire, nous n'avions que partiellement conscience du phénomène. Nous n'avions mesuré ni l'ampleur ni la diversité des difficultés engendrées par cette mutation.

III.1.3.2 Concernant le nombre de diagnostics en 2014 (items 4) et l'âge auquel ils avaient été posés (item 5)

C'est cette question qui a causé le plus de difficultés.

Face au petit nombre de réponses recueillies (4 CRA et, après de multiples relances, 9 CAMSP), à la disparité des échantillons (de 2 à 185 diagnostics par an selon les différents centres) et surtout au manque de fiabilité des réponses - beaucoup d'orthophonistes ignoraient ce type de données, parce qu'elles ne faisaient pas l'objet d'un recueil ou d'un traitement systématiques, difficulté encore accrue par le « turn over » des personnels travaillant en institution (nombre d'orthophonistes venaient d'entrer en fonction dans l'établissement et ne bénéficiaient donc pas du recul nécessaire pour répondre à une question concernant l'année précédente [2014]), nous avons, après avoir essayé de traiter ces données disparates et incertaines, jugé préférable de ne pas les inclure au traitement des résultats.

III.1.4 Mode de diffusion du questionnaire

Les questionnaires ont été distribués par mail sous format Word. Les réponses pouvaient se faire, soit par retour de mail, soit par voie postale.

Certains orthophonistes ont rencontré des difficultés avec ce format, en particulier pour cocher les réponses, dont certaines nous sont parvenues en caractères gras et d'autres avec des modifications de mise en page, rendant moins claire l'organisation du questionnaire.

Il eût peut-être été plus judicieux de mettre les questionnaires à disposition sur un site d'accueil internet mais ce dernier mode de recueil n'est pas forcément assorti de succès. En effet, une des orthophonistes a pris l'initiative, à une date tardive, de mettre le questionnaire en ligne et ce mode de présentation ne nous a pas fourni de réponses supplémentaires.

III.2. Validation des hypothèses et prolongements

III.2.1 Au sujet de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité des pratiques :

Il ressort de cette analyse que les outils utilisés par les orthophonistes sont variés et que, parmi ceux-ci, l'ECSP, essentiellement utilisée par les orthophonistes exerçant en CRA, occupe une place relativement modeste (22%).

Les hypothèses concernant cette question sont donc validées mais s'enrichissent de nouveaux éléments de réponse :

- Si les outils mis en œuvre sont variés, les orthophonistes utilisent néanmoins de façon massive *Evalo bb*, un test non recommandé par la HAS mais qui semble plus adapté à leurs besoins et attentes. Créé par une orthophoniste et édité par Ortho édition, ce test, contrairement à l'ECSP, n'exige pas explicitement de formation spécifique, ce qui en facilite l'accès et la prise en main. Il possède en outre les qualités d'une batterie composite, c'est-à-dire qu'il combine approche pragmatique et formelle.
- Les orthophonistes préfèrent utiliser des combinaisons d'épreuves plutôt qu'un test dans son intégralité. C'est le cas de 60% des praticiens de notre échantillon. Leur approche est plus holistique que normative. Elle vise davantage l'exhaustivité et l'adaptation à la singularité de chaque individu plutôt que le respect des règles de standardisation, lesquelles sont plus adaptées au domaine de la recherche.

Certains soulignent toutefois l'intérêt de la standardisation des situations semi-inductrices proposées dans le cadre de l'évaluation longitudinale, puisque la fiabilité du test-retest permet des comparaisons plus objectives d'un bilan à l'autre, ce qui n'est pas le cas, par exemple, avec des grilles d'observation telles que celle de Wetherby et Prutting.

- Enfin, le poids du contexte (plan autisme) est plus déterminant que ce que nous avons envisagé au départ. Les pratiques évoluent lentement mais le nouveau rôle attribué aux CAMSP change la donne et semble accélérer la mise en place de procédures diagnostiques conformes aux recommandations de la HAS ainsi que la formation des professionnels impliqués.

III.2.2 Au sujet de la nature des obstacles à la diffusion de l'ECSP

Le manque d'information arrive en tête (58%). Il semble que la diffusion de celle-ci souffre d'une organisation insuffisante, et que le rôle des CRA en la matière reste limité puisque seul 9,5% des orthophonistes de notre échantillon exerçant en CAMSP a eu connaissance de l'ECSP par le biais de ces pôles d'information.

Le second obstacle, pointé par un tiers des orthophonistes, est constitué par la formation qu'exige un outil aussi complexe d'utilisation que l'ECSP.

Cette formation tend à s'organiser à l'heure actuelle et on pourra, à horizon 2017, vérifier dans quelle mesure celle-ci aura été dispensée, au terme du troisième plan autisme (2013-2017). Il est donc encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives.

Renforcer les liens entre les établissements du dispositif diagnostique, réaffirmer et réorganiser la mission d'information et de formation des CRA en direction des professionnels favoriseraient sans doute la diffusion des outils recommandés par la HAS et l'harmonisation des pratiques, tant sur le plan diagnostique que sur celui de la prise en charge.

Enfin, les conditions matérielles d'exercice, et en particulier l'absence de matériel vidéo adéquat, constituent un obstacle au moins aussi important que le manque de formation à l'outil. Cet élément aurait pu, au premier abord, paraître anecdotique au XXI^{ème} siècle et pourtant, il constitue un des aspects de la réalité du terrain. On est souvent seul lorsqu'on procède au bilan orthophonique. Il n'y a donc personne pour tenir la caméra, ce qui implique, lorsqu'on veut mettre efficacement en œuvre un outil tel que l'ECSP, des salles d'examen équipées en conséquence.

III.2.3 Au sujet de l'appréciation de la structure interne de l'ECSP

Les orthophonistes utilisant cet outil apprécient l'approche pragmatique qu'il permet ainsi que la possibilité qu'il offre de se référer à des repères développementaux, ces derniers étant cependant à manipuler avec prudence, en raison de l'importance des différences inter individuelles caractéristiques du développement précoce, variabilité encore accrue chez les enfants avec TED en raison de l'hétérogénéité de ce groupe.

Deux critiques, dont le champ ne se limite pas à l'ECSP, nous paraissent essentielles à retenir :

La première concerne l'absence de mise en relation explicite entre les travaux réalisés en amont pour identifier les signes précoces de TED⁹⁵ et les items du test. Il semble qu'il serait opérationnel et éclairant, en matière de diagnostic, de permettre le relevé et l'analyse de ces signes critiques, par exemple sous forme de tableaux reprenant, en regard des comportements qu'on cherche à évaluer dans chaque situation proposée, les comportements dont l'absence constitue un signe d'alerte, et en indiquant également les comportements déviants évoquant un TED.

La seconde concerne l'analyse fonctionnelle des comportements communicatifs précoces. Cette analyse s'inscrit dans le domaine fondamentalement interdisciplinaire que constitue la pragmatique développementale, qui étudie en particulier les usages sociaux du langage et de la communication dans une perspective développementale. Elle fait donc appel, en particulier, aux théories linguistiques. Or, celles-ci ont été élaborées en référence au langage déjà constitué de l'adulte et demande donc à être adaptées à la communication du petit enfant.

Certes, les perspectives de recherche tendent ces dernières années, comme le précise l'état des lieux dressé par Laval et Guidetti (2004), vers l'étude de « *la capacité des enfants à produire et à interpréter non seulement les énoncés verbaux (...) mais aussi le comportement non verbal* », notamment à travers l'étude des gestes conventionnels et des expressions faciales ou vocales émotionnelles.

Mais ces études, si elles s'intéressent au développement des capacités communicatives de l'enfant, ne semblent pas suffisamment exploiter la richesse des fonctions de communication appréhendée par les théoriciens du langage. Elles

⁹⁵ Cf. Partie théorique.

tendent à réduire ces fonctions, à l'instar de celles qui sont présentées dans l'ECSP (IS, AC, RC), à quelques objectifs premiers, sommairement définis.

Il nous semble donc qu'élaborer, en amont des études menées dans une perspective développementale, une adaptation documentée et nuancée des typologies existantes des actes de langage aux actes de communication précoces constituerait un socle plus solide pour étudier le développement communicatif typique et pathologique.

CONCLUSION

L'homogénéisation des pratiques vise à mutualiser des connaissances en constante évolution et à mettre à disposition des outils et des savoir-faire éprouvés et reconnus.

Dans le cas de l'évaluation fonctionnelle de la communication dans le cadre du diagnostic précoce de TED, l'ESCP et la grille de Wetherby et Prutting, qui permettent une appréciation des précurseurs linguistiques et des fonctions de communication mis en œuvre par le très jeune enfant en situation d'interaction, sont les deux outils recommandés par le comité d'experts de la HAS.

La réorganisation du dispositif diagnostique semble cependant souffrir, dans le domaine de l'orthophonie, d'un manque d'articulation entre les recommandations et leurs applications pratiques.

Outre le fait que l'accès à ses outils n'est pas toujours, malgré de récents espoirs de progrès, des plus aisé, on peut s'interroger sur l'adaptation de ces outils aux réalités du terrain et mener une étude plus approfondie que nous n'avons eu l'opportunité de le faire auprès des utilisateurs. Les adaptations que ces professionnels ne manquent pas de proposer et d'expérimenter sont de fait intégrées aux protocoles adoptés par les différentes unités d'évaluation, mais de manière relativement sporadique et isolée. Il serait profitable de mutualiser aussi cette expérience-là, dont les fruits se limitent souvent à un périmètre trop confidentiel.

Il existe également, à l'heure actuelle, un souci de la part des orthophonistes de participer à la traduction et à l'élaboration de matériel d'évaluation, mais cette activité naissante se heurte à la question des ressources, dans une profession qui ne bénéficie pas d'un cursus incluant des activités de recherche.

Bibliographie

- Adrien, J.-L., Rossignol-Deletang, N., Martineau, J., Couturier, G., Barthelemy, C. (2001). Regulation of Cognitive Activity and Early Communication Development in Young Autistic, Mentally Retarded, and Young Normal Children. *Developmental Psychobiology*, 39, pp.124-136.
- Adrien, J.-L. (1993). L'ECSP : un outil pour les cliniciens. Application à de jeunes enfants autistes. In : M.Guidetti et C.Tourrette (Eds.) *Evaluation de la Communication Sociale Précoce –ECSP–*, pp.67-74. Paris : Editions et Applications Psychologiques.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ème édition. Washington DC. <http://www.dsm5.org>
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*. (J.D. Guelfi et al., Trad.). Paris : Masson.
- Austin, J.L. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris : Seuil, coll. « Points ». (Edition originale, 1962).
- Baron-Cohen, S. (1998). *La cécité mentale*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble. (Edition originale, 1995).
- Bates, E., Benigni, L., Bretherton, I., Camaioni, L. et Volterra, V. (1979). *The emergence of symbols. Cognition and communication in infancy*. New York : Academic Press.
- Bateson, M.C. (1975). Mother-Infant exchanges : the epigenesis of conversational interaction. In : E. Ochs et B. Schieffen (Eds.), *Developmental pragmatics*, pp.167-211, New York : Academic Press.
- Bernard, J-L, Guidetti, M., Adrien, J-L, Barthelemy, C. (2002). Etude des gestes conventionnels chez des enfants autistes à partir d'une analyse de films familiaux. *Devenir*, 14, pp.265-281.
- Bernicot, J. (1992). *Les actes de langage chez l'enfant*. Paris : PUF.
- Bettelheim, B. (1967). *La forteresse vide : l'autisme infantile et la naissance du soi*. Paris : Gallimard.
- Blanc, R., Malvy, J., Dansart, P., Bataille, M., Bonnet-Brihault, F., Barthélémy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement, une rééducation fonctionnelle de la communication sociale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61, pp.288-294.

- Boidé, A. (2007). *Proposition d'un protocole d'évaluation de la communication préverbale d'enfants avec autisme*. Mémoire d'orthophonie, Nantes : non publié.
- Boysson-Bardies (de), B. (1996). *Comment la parole vient aux enfants*. Paris : Odile Jacob.
- Brigaudiot, M., Danon-Boileau, L. (2002). *La naissance du langage dans les deux premières années*. Paris : PUF.
- Brisot-Dubois, J. & Bousquet, C. (2005). *Outil d'évaluation précoce en orthophonie*. CRA- Centre de ressources autisme Languedoc-Roussillon.
- Bruner, JS (2002). *Comment les enfants apprennent à parler*. Paris : Retz. (Edition originale, 1983).
- Bursztejn, C. (2009). Est-il possible de dépister l'autisme au cours de la première année ? *Enfance*, 2009, pp. 55-66.
- Cassel, T.D., Messinger, D.S., Ibanez, L.V., Haltigan, J.D., Acosta, S.I., Buchman, A.C. (2007). Early Social and Emotional Communication in the Infant Siblings of Children with Autism Spectrum Disorders: An examination of the Broad Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, pp.122-132.
- Cattaneo, L., Fabbri-Destro, M., Boria, S., Pieraccini, C., Monti, A., Cossu, G. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 104, 17825-30.
- Charman, T. (2009). Dépistage des troubles du spectre autistique : les leçons de la recherche et de la pratique clinique. *Enfance*, 2009, pp. 9-23.
- Chiang, C.-H., Soong, W.-T., Lin, T.-L., Rogers, S.J. (2008). Nonverbal Communication Skills in Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, pp.1898-1906.
- CIM-10-FR 2015 à usage PMSI (programme de médicalisation du système d'information). B.O n°2015/9bis. <http://www.atih.sante.fr>
- Coquet, F. (2005). Prise en compte de la dimension pragmatique dans l'évaluation et la prise en charge des troubles du langage oral chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 221, pp.103-114 et 172-175.
- Coudougnan, E. (2012). Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique. *Rééducation Orthophonique*, 249, pp.77-90.
- Courtois, N., Galloux, A.-S. (2004). Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : aspects formels et pragmatiques du langage. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52, pp. 478-489.

- CRETCD (Centre de Réadaptation en déficience intellectuelle et en TED de la Montérégie-Est). (2013). *Journée d'appropriation du DSM-V pour les cliniques d'évaluation diagnostique de la Montérégie*. <http://www.autismemonteregie.org>
- Dapretto, M., Davies, M.S., Pfeifer, J.F., Scott, A.S., Sigman, M., Bookheimer, S.Y., Iacobini, M. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders, *Nature Neuroscience*, 9, pp.28-30.
- Dawson, G., Webb, S.J., Mc Partland, J. (2005). Understanding the nature of face processing impairment in autism: insights from behavioral and electrophysiological studies. *Developmental Neuropsychology*, 27, pp.403-424.
- Denni-Krichel, N. (2008). Mise en place de la communication et du langage : quelles difficultés pour l'enfant porteur d'autisme ? *L'Orthophoniste*, 279, pp.30-34.
- Dore, J. (1979). Conversation and preschool language development. In : P. Fletcher et M. Garman (Eds.), *Language Acquisition*, pp.337-361. Cambridge : University Press.
- Duchêne, A. (2005). Pragmatique: mise en perspective historique. *Rééducation Orthophonique*, 221, pp.7-12.
- Fédération française de psychiatrie, Haute Autorité de Santé, Baghdadli, A. (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme*. Paris, Saint-Denis La Plaine : FFP ; HAS.
- Fernandes, M.-J. (2004). Données du bilan orthophonique concernant les aspects pragmatiques du langage et de la communication. In : C. Aussilloux, A. Baghdadli, V. Brun (Eds.), *Autisme et communication*, pp. 50-62. Paris : Masson.
- Fischer, K.W. (1980). A theory of cognitive development : the control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87, pp.477-531.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65, pp.591-598.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, pp. 365-382.
- Fombonne, E., Giacomo, A. (2000). La reconnaissance des signes d'autisme par les parents. *Devenir*, 12, pp.49-64
- Frith, U. (1992). *L'énigme de l'autisme*. Paris : Odile Jacob. (Edition originale, *Autism : Explaining the Enigma*, 1989).

- Gepner, B. (2008). Une nouvelle approche de l'autisme : des désordres de la communication neuronale aux désordres de la communication humaine. *Interactions*, 1, pp.1-25.
- Gepner, B. et Massion, J. (coord.). (2002). L'autisme : une pathologie du codage temporel ? *Revue TIPA (Revue des Travaux Interdisciplinaires du Laboratoire Parole et Langage d'Aix-en-Provence)*, 21, pp.177-218.
- Gepner, B., de Gelder, B., de Schonen, S. (1996). Face processing in autistics : Evidence for a generalized deficit ? *Child Neuropsychology*, 2, pp.123-139.
- Gervais, H., Belin, P., Boddaert, N., Leboyer, M., Coez, A. Sfaello, I., Barthélémy, C., Brunelle, F., Samson, Y., Zilbovicius, M. (2004). Abnormal cortical voice processing in autism. *Nature Neuroscience*, 7, pp.801-802.
- Glascoe, F.P. (1999). The value of parent's concerns to detect and address developmental and behavioural problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35, pp.1-8.
- Grice, P.H. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30, pp. 57-72.
- Guidetti, M., Tourrette, C. (2009). *ECSP, Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce*. Paris : Eurotest Edition.
- Guidetti, M., Turquois, L., Adrien, J.L., Barthélémy, C., Bernard, J.L. (2004). Aspects pragmatiques de la communication et du langage chez des enfants typiques et des enfants ultérieurement diagnostiqués autistes. *Psychologie Française*, 49, pp.131-144.
- Guidetti, M. (2003). *Pragmatique et psychologie du développement : comment communiquent les jeunes enfants*. Paris : Belin Supérieur Psychologie.
- Guidetti, M., Tourrette, C. (1995). Un nouvel outil d'évaluation des compétences communicatives du jeune enfant : l'ECSP et sa validation. *Enfance*, 48, pp. 173-178.
- Guidetti, M., Tourrette, C., avec la participation de J.L. Adrien. (1993). *Evaluation de la Communication Sociale Précoce –ECSP-* Paris : Editions et Applications psychologiques.
- Halliday, M.A.K. (1975). *Learning how to mean: an exploration in the development of language*. Londres: Arnold.
- Haute Autorité de Santé (HAS) / Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2012). *Recommandation de bonne pratique : Autisme et autres TED. Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : HAS.

- Haute Autorité de Santé. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement. Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Paris, Saint-Denis La plaine : HAS, Service Documentation – Information des publics.
- Happé, F. (1999). Autism : Cognitive deficit or cognitive style ? *Trends in Cognitive Sciences*, 3, pp. 216-222.
- Howlin, P. et Moore, A. (1997). Diagnosis in autism : A survey of over 1200 patients in the UK. *Autism*, 1, pp. 135-162.
- INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). (2002). *Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective*. Paris : INSERM.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris : Minuit.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. In: *Nervous Child*, 2, pp.217-250.
- Laval, V. (2007). Les théories de Lev Vygotski et de Jérôme Bruner. In : *La psychologie du développement. Modèles et méthodes*, pp.46-59. Paris : Armand Colin.
- Laval, V., Guidetti M. (2004). La pragmatique développementale: état des lieux et perspectives. *Psychologie Française*, 49, pp. 121-130.
- Lehalle, H., Mellier, D. (2005). Les interactions sociales et affectives du nourrisson. In : *Psychologie du développement. Enfance et adolescence*, (pp.39-62). Paris : Dunod.
- Lenoir, P., Bodier, C., Desombre, H., Malvy, J., Abert, B., Ould Taleb, M. et Sauvage, D. (2009). Sur la prévalence de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED). *L'encéphale*, 35, pp.36-42.
- Livoir-Petersen, M.F. (1994). Comprendre pour soigner. In : C. Aussilloux & M.F. Livoir-Petersen (Eds.), *L'autisme cinquante ans après Kanner*, (pp.43-58). Toulouse : Eres.
- Lord, C., Petkova, E., Hus, V., Gan, W., Lu, F. (2011). A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 69, pp.306-313.
- Martineau, J., Roux, S., Adrien, J-L, Garreau, B., Barthélémy, C. & Lelord, G. (1992). Electrophysiological evidence of different abilities to form cross-modal associations in children with autistic behaviors, *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 82, p.60-66.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2013). *Troisième Plan Autisme (2013-2017)*, présenté par M-A Carlotti. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme.

- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (2013). *Lancement du troisième plan autisme, jeudi 2 mai 2013- Discours de Marisol Touraine*. www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/archive-courante-des-discours,2471.
- Misès, R. (Ed.) (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*. CFTMEA-R-2015, 5^{ème} édition. Rennes : Presses de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique).
- Misès, R., Garret-Gloanec, N. et Coinçon, Y. (2010). Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. *L'information Psychiatrique*, 86, pp.223-226.
- Mundy, P., Sigman, M., Kasari, C. (1990). A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, pp.115-128.
- Nader-Grobois, N. (2014). *Développement cognitif et communicatif du jeune enfant. Du normal au pathologique*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Nollet, A.F. (1996). *Examen au moyen des échelles Seiberg et Hogan d'enfants autistes et d'enfants à troubles de communication*. Mémoire inédit, promoteur C. Lepot-Froment, Université Catholique de Louvain, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation, Louvain-la-Neuve.
- NGAP, *Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, Titre IV, Chapitre^{1er}*. (2002). Arrêté du 28 juin 2002.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.
- Prizant, B.M. & Duchan, J.F. (1981). The functions of immediate echolalia in autistic children. *Journal of Speech and Hearing disorders*, 46, pp.241-249.
- Prizant, B.M & Rydell, P.J. (1984). Analysis of functions of delayed echolalia in autistic children. *Journal of Speech and Hearing Res*, 27, pp. 183-192.
- Rey, A. (Ed.), (1993). *Dictionnaire historique de la Langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Rapin, I. (2007). Troubles de la communication dans l'autisme infantile. In : C. Chevrie-Muller & J. Narbona (Eds.). *Le langage de l'enfant – Aspects normaux et pathologiques*, (pp.535-559). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

- Rizzolatti, G. & Fabbri-Destro, M. (2010). Mirror neurons : from discovery to autism. *Experimental Brain Research*, 200, pp.223-237.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Les neurones miroirs*. (M. Raiola, Trad.). Paris : Odile Jacob poche. (Edition originale, 2006).
- Rogé, B. (2003). *Autisme : comprendre et agir*. Paris : Dunod.
- Rogers, SJ & Dawson, G. (2013). *L'intervention précoce en autisme. Le modèle de Denver pour jeunes enfants*. Paris: Dunod.
- Rogers, SJ & Di Lalla, D. (1990). Age of symptom onset in young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 863-872.
- Saussure, F. (1976). *Cours de linguistique générale*. Paris : Edition Payot. (Edition originale, 1916).
- Schopler, E., Reichler, R.J. & Renner, B.R. (1994). *CARS-T Childhood Autism Rating Scale Revised* (B. Rogé, Traduction et adaptation française). Issy-Les-Moulineaux : Editions Scientifiques et Psychologiques. (Edition originale, 1980).
- Searle, J.R (1972). *Les actes de langage*. Paris : Hermann. (Edition originale, *Speech acts*, 1969).
- Seibert, J., Hogan, A. & Mundy, P. (1982). Assessing Interactional Competencies: The Early Social-Communication Scales. *Infant Mental Health Journal*, 3, pp. 244-258.
- Stern, D.N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : PUF.
- Thommen, E. (2010). *Les émotions chez l'enfant. Le développement typique et atypique*. Paris : Belin.
- Thommen, E. (2001). L'enfant autiste : difficultés du développement de la compréhension d'autrui. In : *L'enfant face à autrui*. Paris : Armand Colin.
- Tourrette, C. (2014). *Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*. Paris : Dunod.
- Tourette, C. & Guedeney, A. (2012). *L'évaluation en clinique du jeune enfant*. Paris : Dunod.
- Trognon, A. (2005). Les compétences interactionnelles : formes d'exercice, bases, effet et développement. *Rééducation Orthophonique*, 221, pp.29-56.

- Trognon, A. (1999). Eléments d'analyse interlocutoire. In : M. Grilly, J.P Roux et A. Trognon (Eds.), *Apprendre dans l'interaction*, Nancy, Aix-en-Provence : Presses Universitaires de Nancy, Publications de l'Université de Provence, pp.69-94.
- Viellard, M., Da Fonseca, D., De Martino, S., Girardot, A.-M., Bastard-Rosset, D., Duverger, H., Genest, E., Yvonnet, K., Pala, H., Deruelle, C. & Poinso, F. (2007). Autisme et retard mental : étude de la communication sociale précoce. *Archives de pédiatrie*, 14, pp. 234-238.
- Vivanti, G. & Pagetti Vivanti, D. (2013). Les nouveaux critères diagnostiques du DSM V. *Link Autisme-Europe*.60. <http://proaidautisme.org>
- Wallon, H. *De l'acte à la pensée*. Paris : Flammarion, 1970. (Edition originale, 1942).
- Wetherby, A.M. (1986). Ontogeny of communicative functions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, pp. 295-316.
- Wetherby, A.M. & Prutting, C.A. (1984). Profiles of communicative and cognitive social abilities in autistic children. *Journal of Speech Hearing Research*, 27, 364-377.

Référence des outils d'évaluation mentionnés (hors ECSP)

- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F. et Roys, S. (2006). *Dialogoris 0/4 ans – Orthophoniste*. Nancy : Com. Médic.
- Baron-Cohen, S., Allen, J. & Gillbert, C. (1992). Can Autism be detected at 18 months. The needle, the haystack and the CHAT (Checklist for Autism in Toodlers). *British Journal of Psychiatry*, 161, pp.839-843.
- Bishop, D.V.M. (1998). *Children's Communication Checklist (CCC)*. Traduite et présentée par C. Maillart (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist. *Les cahiers de la SBLU*, 13, pp.13-32.
- Boidé, A. (2007). *Proposition d'un protocole d'évaluation de la communication préverbale d'enfants avec autisme*. Mémoire d'orthophonie, Nantes : non publié.
- Brazelton, T.G. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)*. London: Heinemann.
- Brazelton, T.G. et Kevin-Nugent (2001, 3ème éd.). *Neonatal Brazelton Assessment Scale (NBAS)*.
[Wwwwwww.brazelton-institute.com/aboutbi.html](http://www.brazelton-institute.com/aboutbi.html)
- Brisot-Dubois, J. & Bousquet, C. (2005). *Outil d'évaluation précoce en orthophonie*. CRA- Centre de ressources autisme Languedoc-Roussillon.
- Brunet, O. et Lézine, I. (1965). Josse, 1997, version révisée. *BL-R : Echelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Paris : ECPA.
- Bovet, F., Danjou, G., Langue, J., Moretto, M., Tockert, E. et Kern, S. (2005). *Les inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) : un nouvel outil de dépistage de la communication chez lz nourrisson*. Lyon : Laboratoire dynamique du langage.
- Chevrie-Muller, C. et Plaza, M. (2001). *N-EEL Nouvelles Epreuves pour l'Examen du Langage*. Paris : ECPA.
- Chevrie-Muller, C., Simon A.M., Le Normand, M.T. et Fournier, S. (1997). *BEPL B. Batterie d'Evaluation Psycho Linguistique. Partie B*. Paris : ECPA.
- Coquet, F., Ferrand et P. et Roustit, J. (2010). *Evalo BB. Batterie d'Evaluation du développement du langage oral chez l'enfant de moins de 30 mois*. Isbergues : Ortho Edition.

- Coquet, F., Ferrand, P et Rousti, J. (2009). *Batterie Evalo 2-6 : Evaluation du développement du langage oral*. Isbergues : Ortho Edition.
- Frankenburg, W.K., Doods, J., Archer, P., Shapiro, H. & Bresnik, B. (1967, revise en 1992). *DDST: Denver Developmental Screening Test II*. www.denverii.com/websitepaper.html
- Glascoe, F.P. (1997). *PEDS: Parent's Evaluation of Developmental Status*. Nashville: Ellsworth & Vandermeer. www.pedstest.com ou www.forepath.org/
- Guedeney, A. (2004). *ADBB: Echelle Alarme Détresse du Bébé*. Téléchargeable sur <http://www.adbb.net>
- Kern, S. et Gayraud. (2010). *IFDC : Inventaires Français du Développement Communicatif*. Ed. La Cigale.
- Khomsi, A. (2001). *ELO : Evaluation du Langage Oral*. Paris : ECPA.
- Lelord, G. et Barthélémy, C. (Eds.). (1989). *ECA : Echelle d'évaluation des Comportements Autistiques*. Paris : EAP. *ECAN* (Version adaptée aux nourrissons, 2003). Paris : ECPA.
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P.C. et Risi, S. (2001). *ADOS : Autism Diagnostic Observation Schedule*. Los Angeles : Western Psychological Services. Adaptation française de B. Rogé (2008). Hogrefe.
- Rutter, M., Le Couteur, A. et Lord, C. (2003). *ADI-R : Autism Diagnostic Interview-Revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rutter, M., Le Couteur, A. et Lord, C. (1994). *ADI-R : 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, pp.659-685. Adaptation française de B. Rogé, E. Fombonne, Fremolle et Arti (2010). Hogrefe.
- Schopler, E., Reichler, R.J., Bashord, A., Lansing, M.D. et Marcus, L.M. (1994). *Profil psychoéducatif (PEP-R : évaluation et intervention individualisée pour enfants autistes ou présentant des troubles du développement*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Schopler, E., Lansing, M.D., Reichler, R.J et Marcus, L.M. (2010). *PEP-3 : Profil Psycho Educatif*. Bruxelles: De Boeck.
- Schopler, E., Reichler, R.J., De Vellis, R. & Daly, K. (1980). Towards objective classification of childhood autism : Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, pp.91-103. Adaptation française de B. Rogé (1985) *EEAI: Echelle d'Evaluation de l'Autisme Infantile*. Paris : EAP.

- Seibert, J.M. et Hogan, A.E. (1982). *Procedures manual for the Early Social Communication Scales (ESCS)*. Miami, Mailman Center for Child Development, non publié. Présenté par :
- Guidetti, M. et Tourrette, C. (1992). Un outil original pour l'évaluation des compétences communicatives chez le jeune enfant: les ESCS. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 42, pp.185-192.
- Wetherby, A.M. et Prutting, C.A. (1984). Grille de profil de communication de l'enfant autiste. Traduite et adaptée par M.-F. Livoir-Petersen (1989) *Etude du profil des fonctions de communication utilisées par 11 enfants autistes*. Montpellier : Mémoire de DEA.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Questionnaire destiné aux orthophonistes.....	I
Annexe I BIS : Lettre d'accompagnement du questionnaire destiné aux orthophonistes.....	V
Annexe II : Tableaux de correspondances entre les classifications.....	VI
Annexe III : Descriptif de la catégorie 1.04 de la CFTMEA R-2012 « <i>Dysharmonies multiples et complexes du développement, Dysharmonies psychotiques</i> »..	VIII
Annexe IV : Signes d'alerte de TED.....	X
Annexe V : Etudes sur la stabilité du diagnostic précoce.....	XI
Annexe VI : Structure développementale des ESCS et de l'ECSP.....	XII
Annexe VII : Compte-rendu du bilan de la communication de Y., 28 mois.	XIII
Annexe VII BIS : Eléments du bilan de langage de Y.	XVIII

ANNEXE I

Questionnaire destiné aux orthophonistes

I. 1^{ère} partie :

Cadre général :

1- Vous exercez en :

- C.R.A
 CMP
 CAMSP

2- Participez-vous au diagnostic de TED dans le cadre de l'évaluation pluridisciplinaire ?

- Oui Non

3- Quels outils diagnostiques utilise le centre dans lequel vous travaillez ?

- ADI-R
 ADOS
 CARS
 ECA-R
 ECA-N
 AUTRE : précisez :

4- Nombre de diagnostics TED posés au sein de ce centre en 2014 :

5- Nombre de diagnostics précoces (âge : ≤ 3 ans) posés en 2014 :

- 12 < âge ≤ 24 mois :
- 24 < âge ≤ 36 mois :
- Age > 36 mois : précisez âge(s) et nombre de diagnostics posés :

Bilan orthophonique :

6- Dans ce contexte, et pour réaliser le bilan préverbal / bilan de la communication, quel outil utilisez-vous ?

- ECSP
 Grille Wetherby
 Evalo bébé
 Autre : précisez :
 Aucun outil dans son intégralité mais une combinaison d'épreuves. Précisez lesquelles :

7- Concernant l'ECSP (Echelle de la communication sociale précoce) :

Connaissez-vous l'ECSP ?

- Oui Non

8- Par quel biais en avez-vous eu connaissance ?

- Recommandations de l'HAS

- Littérature
- CRA
- Chef de service
- Pédopsychiatre de votre établissement
- Collègue : précisez sa profession :
- Au cours d'une formation. Précisez laquelle :
- Au cours de vos études, à l'université de :
- Autre : précisez :

9- Vous avez déjà utilisé cette échelle :

- Oui Non

10- Si oui et dans le contexte du diagnostic pluridisciplinaire de TED, vous l'utilisez :

- Parfois
- Souvent
- Systématiquement
- Uniquement dans des cas bien précis, précisez le(s)quel(s) :

II. 2^{ème} partie A :

II. A. Si vous n'utilisez pas l'ECSP, précisez pour quelle(s) raison(s) :

- A.1 Vous ne connaissez pas cette échelle
- A.2 Vous estimez n'avoir pas été suffisamment informé de l'intérêt qu'elle peut présenter (manque d'information)
- A.3 La passation des différentes épreuves vous semble difficile à maîtriser sans en avoir eu la démonstration préalable (manque de formation)
- A.4 Parce que vous jugez plus adapté ou plus efficace l'outil suivant : précisez lequel et pour quelles raisons⁹⁶ :

Pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- A.5 Votre établissement d'exercice ne dispose pas de l'ECSP
- A.6 Ce matériel est trop onéreux
- A.7 Vous ne disposez pas du matériel vidéo adéquat
- A.8 La passation est chronophage
- A.9 23 situations proposées, c'est trop
- A.10 Le panel d'items proposant des comportements observés à cocher n'est pas exhaustif, de sorte que vous ne pouvez pas toujours cocher la réponse correspondant au comportement que vous observez effectivement
- A.11 Certaines situations proposées vous semblent inaccessibles à l'enfant :
 - En cas de handicap trop lourd, notamment degré de sévérité de l'autisme
 - En cas de comorbidité
 - Retard mental
 - Syndrome associé. Précisez :
 - Autre. Précisez :

⁹⁶ En particulier : intérêt de l'outil en matière d'analyse pragmatique de la communication ?
 Quels comportements/ Quels pré-requis à la communication (précurseurs pragmatiques) /Quelles modalités ...etc....vous permet-il de cibler plus spécifiquement ?

- Lorsque l'enfant est très jeune : précisez l'âge :
- A.12 L'échelle ne propose pas d'items spécifiques à la pathologie TED
- A.13 Dans le même ordre d'idée, une échelle développementale ne vous paraît pas idéalement adaptée pour évaluer des profils de communication présentant non seulement des retards mais également des comportements déviants, atypiques
- A.14 Parce que l'outil ne vous semble pas assez sensible en matière de diagnostic différentiel, notamment lorsque la confusion est possible avec :
- Retard de développement global ou retard mental
 - Dysphasie, notamment dans la variante sémantique-pragmatique
 - Retard de parole-langage
 - TDAH
 - Autre (s). Précisez :

Si les propositions précédentes ne vous permettent pas de répondre comme vous le souhaitez ou si vous préférez répondre de manière plus personnelle, indiquez, au sujet de l'ECSP :

AVANTAGES :

INCONVENIENTS :

II. 2^{ème} partie B

II. B. Si vous utilisez l'ECSP, précisez pour quelle(s) raison(s) :

- B.1 L'outil est recommandé par l'HAS
- B.2 Il est standardisé / étalonné
- B.3 Il repose sur une analyse fonctionnelle de la communication⁹⁷
- B.4 Il permet de préciser le rôle de l'enfant dans l'interaction⁹⁸
- B.5 Il permet de repérer des dysharmonies développementales au sein même de la fonction de communication, ce qui vous semble constituer un critère particulièrement significatif d'un TED.

B.6 - D'après votre expérience, quelle est la fonction de communication la plus déficitaire chez un jeune enfant avec TED ?

⁹⁷ Interactions sociales, attention conjointe, régulation comportementale

⁹⁸ Initie, répond, maintient l'interaction

B.7 - Dans le même contexte, l'enfant avec TED a plus de mal à :

- Initier
- Maintenir
- Répondre

Dans quelle(s) situation(s) en particulier ?

B.8 - Certains items (comportements) vous semblent-ils significativement plus représentés au sein de cette population ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Cela présente-t-il un intérêt en matière de diagnostic ?

Selon vous, quelle(s) est/sont la/les limite(s) de l'ECSP ?

B.9 - En termes de développement (ex : nombre et critères de définition des niveaux de développement, passage d'un niveau à l'autre...)

B.10 - En termes d'analyse fonctionnelle ?

B.11 - En termes de modalités de communication (ex : regard non qualifié, mimiques, prosodie, distance interpersonnelle... non analysés, gestes conventionnels seuls pris en compte au détriment d'autres types d'expressions sémiotiques comme le mime ou les gestes de régulation non conventionnels...)?

B.12 - En termes comportementaux (et dans la mesure où certains comportements, notamment déviants, ne sont pas représentés) ?

B.13 - En matière de diagnostic différentiel ?

B.14 - En matière d'adaptation des situations proposées ? (Dans ce cas, précisez quelle(s) adaptation(s) vous adoptez suivant le niveau de développement de l'enfant)

ANNEXE I BIS

Lettre d'accompagnement du questionnaire destiné aux orthophonistes

Actuellement étudiante en 4^{ème} année d'orthophonie, je réalise mon mémoire de fin d'études sur : **Intérêt et limites de l'ECSP (Echelle d'évaluation de la communication sociale précoce) dans le diagnostic précoce de T.E.D.**

Afin de m'aider à étudier l'adéquation / inadéquation de cet outil aux besoins réels et aux conditions effectivement rencontrées sur le terrain en matière de diagnostic précoce, vous voudrez bien remplir le questionnaire joint, sachant que :

-Vous n'avez pas à répondre à tous les items mais seulement à ceux qui vous concernent, c'est-à-dire :

- Ceux de la 1^{ère} partie
- Ceux de la 2^{ème} partie A si vous n'utilisez pas l'ECSP
- Ceux de la 2^{ème} partie B si vous utilisez l'ECSP

-En ce qui concerne la 2^{ème} partie du questionnaire, si les items proposés ne vous permettent pas de répondre comme vous le souhaitez, **vous pouvez répondre de manière plus personnelle en remplissant uniquement la rubrique avantages / Inconvénients de la p.3.**

Vous pouvez m'envoyer votre réponse, soit à l'adresse mail figurant en-tête, soit par voie postale.

Ce questionnaire est un document anonyme et vos noms et coordonnées n'apparaîtront pas dans le mémoire.

Un grand merci à ceux et celles qui prendront la peine de répondre.

ANNEXE II

TABLEAUX DE CORRESPONDANCES ENTRE LES CLASSIFICATIONS

Correspondances entre les classifications de la CIM-10, du DSM IV et de la CFTMEA R-2000 :

CIM 10	DSM IV	CFTMEA
TED	TED	Psychoses précoces (TED)
Autisme infantile	Troubles autistiques	Autisme infantile précoce type Kanner
Syndrome de Rett	Syndrome de Rett	Troubles désintégratifs de l'enfance
Autres troubles désintégratifs de l'enfance	Troubles désintégratifs de l'enfance	
Syndrome d'Asperger	Syndrome d'Asperger	Syndrome d'Asperger
Autisme atypique	Troubles envahissants du développement non spécifiés incluant l'autisme infantile	Autres formes de l'autisme
Autres troubles envahissants du développement		Psychose précoce déficitaire Retard mental avec troubles autistiques
		Autres psychoses précoces ou autres TED
		Dysharmonie psychotique
Troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies	Pas de correspondance	Pas de correspondance

Source : HAS/FFP, 2005, p.38

Correspondances entre la CFTMEA R-2012 et la CIM-10 :

Intitulés CFTMEA-2012		Codes CIM	Intitulés CIM
AXE I GÉNÉRAL : CATÉGORIES CLINIQUES DE BASE			
1 Les troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence			
1.0	Autisme et TED	F84	TED
	1.00 Autisme infantile précoce – type Kanner	F84.0	Autisme infantile
	1.01 Autres formes de l'autisme	F84.1	Autisme atypique
	1.02 Autisme ou TED avec retard mental précoce (<i>pour préciser le retard mental cf. catégorie 5, p. ??</i>)	F84.1 + F70 à F79	Autisme atypique Retard mental
	1.03 Syndrome d'Asperger	F84.5	Syndrome d'Asperger
	1.04 Dysharmonies multiples et complexes du développement, dysharmonies psychotiques	F84.8	Autres TED
	1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance	F84.3	Autres troubles désintégratifs de l'enfance
	1.08 Autres TED	F84.8	Autres TED
	1.09 TED non spécifiés	F84.9	TED, sans précision

Source : CFTMEA R-2012, p.109.

Commentaire : La dénomination « psychoses précoces » a disparu de l'intitulé de la catégorie 1.0 dans la version 2012 de la CFTMEA qui se dénomme désormais « Autisme et TED ».

Le concept de « dysharmonie psychotique » introduit dans la version 2000 de la CFTMEA a été maintenu et est devenu : « 1.04 Dysharmonies multiples et complexes du développement, dysharmonies psychotiques » dans la version 2012. Cette catégorie est mise en

correspondance avec la catégorie « Autres TED » de la CIM-10 mais elle est en réalité assimilée par les pédopsychiatres français (Misès & al. 2010) aux pathologies qualifiées de « Multiple Complex Developmental Disorders (MCDD) » par les auteurs nord-américains. Pour une description, se reporter à l'annexe III.

ANNEXE III

DESCRIPTIF DE LA CATEGORIE 1.04 DE LA CFTMEA R-2012

Dysharmonies multiples et complexes du développement, dysharmonies psychotiques

Misès, Garret-Gloanec et Coinçon (2010) décrivent cette catégorie clinique en la scindant en trois groupes ainsi identifiés :

« Le premier groupe répond à des enfants développant précocement des troubles de la communication avec un isolement important (avant 18 mois – 2 ans) dans un contexte familial précocement traumatique : événements graves, naissance perçue par la mère (par les parents) comme catastrophique, état de détresse maternelle, relation fusionnelle mêlée à des sentiments délétères. Le jeune enfant ne présente pas de signes dépressifs caractérisés en tant que tels, ni un retrait relationnel majeur mais un ensemble de troubles de la communication et de la socialisation associés au retrait ; il nous paraît, ainsi, soumis à des mécanismes défensifs contraignants qui entravent la relation. Une approche multidimensionnelle vise en particulier à influencer l'évolution par amélioration du contexte : une ouverture à la communication peut alors se dessiner avec réduction des mécanismes défensifs de type autistique mais avec certaines particularités qui témoignent d'une vulnérabilité persistante.

Le deuxième groupe concerne des enfants touchés dans le processus d'individuation-séparation et d'accès à l'espace transitionnel. L'enfant très tôt a été soumis à des dysfonctionnements et des ruptures du lien ; il n'a pu construire un sentiment continu de soi, ni établir une différenciation entre réalité interne et externe, entre soi et non soi. A partir de 2 à 3 ans, ces sujets semblent parfois entrer dans un retrait manifeste avec atteinte des processus cognitifs, pauvreté des investissements, sans présenter cependant un tableau autistique complet en particulier dans le domaine de la communication interpersonnelle. Des interventions sur les plans psychomoteur, du langage et psychoaffectif associées à un travail de « guidance » parentale et à une aide éducative peuvent faire disparaître les signes de retrait et orienter très différemment l'évolution.

Enfin, le troisième groupe s'inscrit dans des troubles graves de l'attachement dans un contexte de carences faites de négligences, parfois de violences environnementales, conjointement à des relations fusionnelles avec un entourage qui ne reconnaît pas le bébé dans ses besoins et sa réalité. Ces enfants présentent un marasme incluant des signes de la série autistique, mais, là encore, on ne saurait se limiter à l'application de protocoles éducatifs systématisés : une séparation du milieu familial peut s'imposer. »

On voit clairement apparaître, dans ces descriptions, le facteur environnemental, mis en avant comme origine essentielle du trouble, lequel, par voie de conséquence, est susceptible de réversibilité, via des thérapies intervenant sur ce milieu.

Aussi le groupe de troubles ainsi identifié ne peut-il pas s'inscrire dans la catégorie des TED telle que le consensus international l'appréhende : l'approche étiologique présentée ici entre en conflit avec les conceptions actuelles qui rejettent explicitement les facteurs étiologiques mettant en cause l'environnement familial.

Le désaccord entre certains psychiatres français et la communauté internationale demeure manifeste : c'est ainsi que l'Association Lacanienne Internationale (ALI) a intenté un recours contentieux auprès du Conseil d'Etat afin de voir abroger la *Recommandation de bonne pratique* de la HAS et de l'ANESM de 2012. Le Conseil d'Etat a rendu sa décision le 23 décembre 2014 et a rejeté tous les arguments opposés à la HAS et à l'ANESM au sujet du contenu de la *Recommandation* et de sa méthode d'élaboration.

ANNEXE IV

SIGNES D'ALERTE DE TED

La liste de signes reproduite ci-dessous a été proposée dans le cadre des recommandations sur le diagnostic précoce de l'autisme publiée en Grande-Bretagne en 2003 et précédemment aux Etats-Unis en 1999.

Préoccupations sur la communication

- Langage retardé ; perte des mots acquis
- Ne répond pas à son nom ; ne peut pas dire ce qu'il veut
- Ne suit pas les ordres ; semble sourd par moment
- Ne pointe pas, ne fait pas « au revoir »

Préoccupations sur la socialisation

- Pas de sourire social ; peu de contact oculaire
- Semble préférer jouer seul ; est dans son monde
- Ignore ses parents ; pas d'intérêt pour d'autres enfants

Préoccupations sur le comportement

- Colères, opposition, hyperactivité
- Ne sait pas utiliser les jouets
- Reste fixé sur certaines choses de manière répétitive
- Attachement inhabituel à des objets
- Marche sur la pointe des pieds, mouvements bizarres.

Source : FFP/HAS, 2005, p.70.

C'est de cette liste que s'inspirent les « signes d'alerte d'un risque devant faire envisager la présence d'un TED », publiés dans les *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme* par la FFP/HAS, 2005, p.80.

ANNEXE V

ETUDES SUR LA STABILITE DU DIAGNOSTIC PRECOCE

Référence	Age Temps 1	Age Temps 2	Diagnostic au temps 1	Résultats
Lord (1995)	31 mois	50 mois	16 aut, 14 NS	Diagnostic stable ; Jugement clinique plus fiable que ADI-R
Stone et al. (1999)	31 mois	45 mois	25 aut, 12 TSA, 8 NS	Diagnostic d'autisme stable ; TSA moins (4 sur 12 passent à NS at Temps 2) ; Moins de symptômes répétitifs au Temps 1
Cox et al. (1999)	21 mois	45 mois	9 aut, 3 TSA, 31 NS	Diagnosis d'autisme stable ; NSmoins (7 sur 31 deviennent TSA au Temps 2). Moins de symptômes répétitifs au Temps 1 ; Jugement clinique plus fiable que ADI-R
Moore & Goodwin (2003)	34 mois	53 mois	16 aut, 3 TSA, 1 NS	Diagnostic stable (quelques passages entre autisme et TSA seulement)
Charman et al. (2005)	25 mois	85 mois	26 aut	Diagnostic stable (3 passent d'autisme à TSA et 1 à NS au Temps 2)
Turner et al. (2006)	31 mois	109 mois	18 aut, 7 TSA	Diagnostic stable (2 passent d'autisme à NS et un TSA passé à NS au Temps 2)
Lord et al. (2006)	29 mois	112 mois	84 aut, 46 TSA, 42 NS	Diagnostic d'autisme stable (12 sur 84 passent à TSA et 1 à NS au Temps 2) ; TSA moins stable (27 sur 46 passent à autisme et 5 à NS au Temps 2) ; NS moins stable (2 sur 42 passent à autisme et 9 à TSA au Temps 2)
Chawarska et al. (2007).	22 mois	36 mois	19 aut, 9 TSA	Diagnostic de TSA stable (2 sur 19 cas d'autisme passent en TSA au Temps 2) ; Jugement clinique plus fiable que ADI-R et ADOS-G

Turner & Stone (2007)	29 mois	53 mois	38 aut, 10 TSA	Stabilité du diagnostic modérée (6 sur 38 cas d'autisme passent en TSA et 13 en NS au Temps 2 ; 6 sur 10 cas de TSA passent en NS au Temps 2)
Kleinman et al. (2008)	27 mois	53 mois	46 aut, 15 TSA, 16 NS	Stabilité du diagnostic modérée (15 sur 61 TSA passent en NS au Temps 2)

Aut = ICD-10 *childhood autism*/DSM-IV *autistic disorder* ; TSA = PDD-NOS, *atypical autism* ; NS = *non spectrum*

ANNEXE VI

STRUCTURE DEVELOPPEMENTALE DES ESCS ET DE L'ECSP

STRUCTURE DEVELOPPEMENTALE DES ESCS

(Correspondance avec les sous-stades piagétiens du développement sensori-moteur)

Niveau	Nom	Age de début (émergence)	Age dominant	Stades piagétiens
0	Réflexif	Naissance		I
1	Simple volontaire	2 mois	3-7 mois	II et III
2	Complexe différencié	7 mois	8-13 mois	IV
3	- 3.0 Conventionnel gestuel - 3.5 Conventionnel verbal	9 mois	14-21 mois	V
4	Symbolique	18 mois	Après 22 mois	VI

STRUCTURE DEVELOPPEMENTALE DE L'ECSP

(Modification des tranches d'âge)

Niveau	Nom	Tranches d'âge (fourchette)
0	∅	Non représenté
1 et 2	Simple et complexe	Jusqu'à 6 mois inclus
3.0	Conventionnel gestuel	7-16 mois
3.5	Conventionnel verbal	17-24 mois
4	Symbolique	25-30 mois

ANNEXE VII

COMPTE-RENDU DU BILAN DE LA COMMUNICATION DE Y., 28 MOIS

Test utilisé : ECSP

Durant l'évaluation, Y. se présente comme un petit garçon confiant et d'un abord agréable, prenant en compte la personne comme les propos d'autrui.

Il peut se montrer attentif et même concentré lorsque la situation proposée l'intéresse mais, quand ce n'est pas le cas, son attention peut se révéler plus labile. Même alors, il est possible de le ramener au jeu.

Interaction sociale : Y. se montre capable d'initier l'interaction sociale quand l'activité proposée l'intéresse, comme c'est le cas avec l'échange de balle, qu'il désigne par le terme approprié : « ballon ! ». A l'adulte qui lui demande s'il veut jouer, il répond par l'affirmative et se montre attentif et habile au cours de l'échange (niveau 3.5).

En revanche, certaines situations ne l'intéressent pas encore ou assez peu. Il est capable d'amorcer un jeu social, en mimant un comportement familier, comme le geste de se brosser les dents (niveau 3.0), mais il ne maintient pas l'interaction dans ce type de situation. Il a même plutôt tendance à se débarrasser des objets en les donnant à l'adulte afin de passer à autre chose et finit par essayer de détourner l'attention de celui-ci en pointant un des posters affichés, qu'il nomme : « dada ! » (IRC 3.5)

De la même manière, Y. n'investit pas le jeu de faire-semblant initié par l'adulte : il réagit dans la mesure où il est amusé par ce qu'il voit (l'adulte qui utilise une boîte à la manière d'un chapeau) mais il ne cherche ni à imiter ni à prendre une part active au jeu. Il rit et demeure donc spectateur. Lorsque l'adulte fait mine de se peigner avec une cuillère, il lui explique même : « c'est [kVJè] » (cuillère).

Cependant, lorsque l'adulte simule la détresse, Y., après un court instant de flottement, interprète la situation comme un jeu et réagit en faisant semblant de pleurer à son tour. Il a donc parfaitement décodé le caractère factice de la situation et s'y est adapté en imitant, essayant par là de partager le jeu avec l'adulte. Il se montre donc non seulement capable de décoder et d'imiter les expressions faciales mais aussi de prendre part à un jeu

de faire-semblant, même si ce dernier ne comporte pas d'objet substitutif. Toutefois, il est vrai qu'il ne s'agit là que d'un embryon de jeu et que Y. ne fait que commencer à aborder l'étape du jeu symbolique (niveau 3.0).

Lors du jeu de « coucou », qui correspond à une étape plus précoce dans le développement des interactions sociales, Y. réagit de façon adaptée en enlevant la serviette du visage de l'adulte et en riant à plusieurs reprises mais ne verbalise pas (niveau 2). Il apprécie également les interactions physiques (chatouilles), le manifeste par des rires mais, là encore, ne cherche pas à maintenir l'échange.

Au total, les capacités d'initiation et de maintien de l'interaction sociale varient en fonction de l'intérêt porté par Y. à la situation proposée. Lorsque les propositions correspondent à ce qu'il aime, l'échange est de bonne qualité et il y participe activement. Dans les autres situations, il se contente d'y répondre à minima mais se pose alors en récepteur et non en tant qu'acteur.

Attention conjointe : Y. partage spontanément l'attention d'autrui pour un objet tiers. Lorsque l'adulte lui présente différents jouets, son regard alterne entre l'objet et la personne et il utilise le pointage proto-déclaratif à plusieurs reprises.

A la demande de l'adulte, Y. pointe et nomme : [bibI] (pour « biberon »). Ainsi pour plusieurs jouets, qu'il nomme également, afin de diriger l'attention de l'adulte sur l'objet ou encore en réponse aux questions posées (RAC : 3.5 à 4 et MAC : 3.5).

Ainsi, Y. se montre-t-il non seulement très réactif mais aussi très souple. De plus, Il témoigne d'un niveau de compréhension lexicale correspondant à son âge en prenant ou en indiquant plusieurs objets et en indiquant six parties du corps à la demande de l'adulte.

Il se montre très performant en termes d'attention conjointe et lorsque l'adulte pointe du doigt (par exemple les posters affichés au mur), le regard est correct à chaque essai : à gauche, à droite et derrière.

Dans la situation qui consiste à regarder ensemble un livre d'images, si Y. ne semble pas particulièrement intéressé, il est néanmoins capable d'interagir avec autrui et donc de se conformer aux attentes d'autrui. Dans un premier temps, c'est lui qui initie l'échange en expliquant spontanément : « c'est un canard », puis il feuillette rapidement le livre et s'en détourne. Il ne maintient donc pas spontanément l'attention conjointe, une fois l'attrait de la nouveauté dissipé et tente de négocier un changement de situation, d'abord par une

stratégie de tiercéisation (il se tourne et essaie d'attirer l'attention de l'autre adulte présent) puis en exprimant explicitement un refus : « pas envie ». Il est cependant sensible aux sollicitations de l'examineur et répond à l'attention conjointe en identifiant successivement plusieurs images : « c'est [kago] (pour « escargot»), « un loup », « la poule » et en s'exclamant : « Oh, c'est le [sa] ! (le chat) ». Il explique également à l'adulte qui lui demande ce qui s'est passé en désignant une image (un cochon couvert de boue) : « [a pisin](à la piscine). » (niveau 3.5 à 4)

Enfin, lorsque l'adulte lui demande où est passé le jouet mécanique, il répond correctement en retrouvant l'objet caché (niveau 4).

Dans l'ensemble, Y. est donc performant en matière d'attention conjointe. Il semble que ce soit cette fonction de communication, parmi les trois observées, qu'il a le plus complètement développée, ce qui est cohérent avec son âge chronologique.

Régulation comportementale : Généralement, Y. s'adresse peu à l'adulte pour exprimer des demandes d'aide ou de permission. Il essaie plutôt de se débrouiller seul dans un premier temps. Cependant, il accepte volontiers l'aide qu'on lui propose (mais qu'il ne sollicite pas lui-même a priori). Il est alors capable de beaucoup de concentration et observe attentivement l'adulte pour pouvoir reproduire et faire tout seul.

Par exemple, lorsque l'adulte lui propose de l'aide pour ouvrir la boîte qui contient le poussin mécanique convoité, Y. accepte expressément et donne la boîte. Il observe alors avec beaucoup d'attention la façon dont procède l'adulte, puis l'imité et parvient à ouvrir la boîte. Il s'empare alors du poussin, tente à plusieurs reprises de le faire fonctionner mais n'y parvient pas. Il adresse alors une demande à l'adulte : « appuie ! ». L'adulte remonte le mécanisme et Y. se montre ravi puis, quand le poussin finit par s'arrêter, il commente, déçu : « c'est cassé. » L'adulte remonte à nouveau le jouet mécanique sous l'œil attentif de Y. qui repère alors le remontoir, imite et parvient un peu à l'actionner. Enfin, quand le jouet s'arrête, Y. exprime sa déception par une exclamation appropriée : « Oh mince ! »

Si Y. exprime peu de demandes (à l'exception d'une demande adressée à l'adulte pour que ce dernier lui rende les objets cachés), il initie d'autres formes de régulation comportementale qui ont pour but de modifier l'activité quand celle-ci ne lui convient pas. Ainsi, essaie-t-il de détourner l'attention de l'adulte sur autre chose (pointage et dénomination d'un poster) ou tente-t-il d'attirer l'attention d'une tierce personne : il

manipule donc, en quelque sorte, la situation de communication pour obtenir un changement.

Il peut, également, exprimer sa contrariété si une situation qui l'intéresse prend fin (comme l'échange de balle) ou bien signifier qu'une situation est épuisée, qu'une action est terminée, qu'il est temps de passer à autre chose : « Voilà » (affirmé après avoir dénommé successivement plusieurs images à la demande de l'adulte).

Y., s'il a des centres d'intérêt spécifiques et pas encore très diversifiés (du moins en situation de test), est cependant capable de s'adapter à autrui et de modifier son comportement à la demande d'autrui : il peut se montrer tolérant à la frustration et compliant quand l'adulte reprend les jouets pour les ranger, obéit sans problème à des consignes simples telles que : « donne-moi », « va chercher », « mets-le dedans », « assieds-toi » et, s'il fait preuve d'une certaine autonomie, il accepte l'aide qu'on lui propose.

3.3 : Synthèse de l'évaluation :

Les pré-requis de la communication sont en place : contact visuel, attention conjointe, imitation, tour de rôle, pointage proto-déclaratif ; les éléments paraverbaux également : prosodie adaptée, expressions faciales congruentes avec le propos et la situation, gestes conventionnels et signifiants.

Les fonctions communicatives sont investies avec un primat du développement de l'attention conjointe sur les autres fonctions et relativement plus de réponses que d'initiation ou de maintien au cours de l'échange :

Interaction sociale : Y. s'inscrit dans l'échange, mais initie ou maintient relativement peu, même s'il s'en montre capable lorsque la situation ou le thème l'intéresse. Il peut tenter de réorienter ou de négocier celui-ci.

L'imitation est spontanée.

On observe une amorce de jeu social. La fonction symbolique, elle, n'a pas été investie en situation semi-dirigée. Y. aborde seulement cette étape décisive, ce qui est cohérent avec son âge chronologique.

Attention conjointe : Cette fonction est bien investie et développée. Y. peut initier, est très réactif aux propositions d'autrui et peut maintenir l'échange au cours duquel il se montre attentif et concentré.

Il maîtrise les modalités de cette fonction : alternance du regard, pointage proto-déclaratif, dénomination spontanée ou sur demande, utilisation de déictiques, compréhension en rapport avec son âge chronologique.

Régulation comportementale : Y. effectue peu de demandes d'aide ou de permission spontanées mais accepte l'aide qu'on lui propose. En revanche, il a mis en place des stratégies afin d'obtenir ce qu'il désire.

Il est capable de s'adapter aux demandes d'autrui et obéit à des consignes simples sans gestes d'accompagnement.

En termes de niveau de développement des fonctions de communication, il maîtrise le niveau 3 (conventionnel gestuel) et se situe entre le niveau 3,5 (conventionnel verbal) et le niveau 4, symbolique, étape qu'il commence seulement à aborder.

ANNEXE VII BIS

ELEMENTS DU BILAN DE LANGAGE DE Y.

COMPREHENSION

Test de compréhension Nelly et Carole, étalonné pour enfants de 18 à 36 mois

Effectué le 18/04/2014

Enfant né le 11/01/2012 (27 mois)

Désignation avec des photos pour support.

Compréhension de substantifs :

Y. obtient un score de 17/28 à ce subtest, ce qui le situe en-dessous du score moyen obtenu par les enfants de sa tranche d'âge chronologique - 27,1 - et même un peu en-dessous des enfants de la tranche d'âge précédente (les enfants de 18 à 23 mois obtenant un score moyen de 19,6).

Compréhension de verbes :

Y. désigne correctement 4 actions sur les 9 proposées, ce qui le situe un peu au-dessus du score moyen réalisé par les 18-23 mois et au-dessous du score moyen des 24-29 mois, les normes ayant cependant été calculées à partir de 20 items et non de 9.

Compréhension de termes se référant au corps et aux repères spatiaux :

Y. obtient un score de 10/19, ce qui le situe, comme précédemment, entre le score moyen des 18-23 mois (soit 8,6) et le score moyen des 24-29 mois (soit 13,4). La majorité des items relatifs au schéma corporel et à la position du corps sont réussis (avec, respectivement, 6 items identifiés sur 10 et 3/5), tandis que les items relatifs aux directions sont davantage échoués : 1/4.

Il est à noter que l'attention labile de Y. au cours du test influence probablement les résultats. Il est souvent nécessaire de le canaliser, de l'empêcher de se lever, de porter son attention sur des stimuli extérieurs.

Observation au cours du jeu libre :

Accès au concept : En situation de jeu libre, Y. regroupe deux chats (de taille et de couleurs différentes) et les distingue du chien, qu'il met à part. Il opère ainsi un classement catégoriel du réel.

Compréhension d'ordres simples (hors test) :

Y. comprend les consignes simples sans gestes d'accompagnement.

EXPRESSION VERBALE :

Observation au cours du jeu libre et en situation semi-dirigée :

Articulation : Elle présente parfois des simplifications phonologiques telles que des aphèreses : « [tyr] » pour « voiture », ou « [kago] » pour « escargot » et une avancée du point d'articulation des sifflantes : « [sa] » pour « chat ». Toutefois, ces caractéristiques ne constituent pas des déviances mais des simplifications propres au parler des enfants de son âge.

Lexique : Le lexique, en cours d'élaboration, présente des aspects hétérogènes : Y. emploie indifféremment tantôt un « parler bébé » : « le [dada], le [mjau], le minou », tantôt la forme correcte : « le loup », « la poule ».

La morpho-syntaxe se limite le plus souvent au mot-phrase, à la phrase nominale : « pas envie », « voilà » mais Y. est capable de produire une phrase complète de type : pronom démonstratif + verbe d'état + participe passé. Toutefois, on observe peu de phrases associant plusieurs mots et pas d'emploi d'adjectifs, contrairement à ce qu'on commence à observer chez la plupart des enfants de 2 à 3 ans.

Y. emploie cependant des marqueurs linguistiques qui lui permettent d'actualiser son discours : le déterminant défini, avec flexion au masculin et au féminin : « le [sa] », « la poule », l'article de première présentation : « un canard », l'aspect accompli : « voilà », « c'est cassé », et certains déictiques comme le pronom démonstratif dans la formule présentative « c'est » ou l'adverbe de lieu « là ». A noter que ces derniers éléments se réfèrent directement à la situation d'énonciation et représentent, en quelque sorte, un pointage verbal.

En ce qui concerne les modalités de phrase, Y. emploie des phrases déclaratives (le pointage accompagnant si nécessaire la dénomination), négative : « pas envie », exclamative : « oh mince ! » et injonctive : « appuie ! ».

La prosodie est adaptée et les expressions faciales sont congruentes avec le propos ou la situation.

Les fonctions du langage commencent à se diversifier : la fonction référentielle est la plus représentée (onze occurrences), car le langage permet tout d'abord de dire le monde et aussi parce que la situation de test, au cours de laquelle on demande à l'enfant de dénommer, la favorise. Cette fonction se décline sur un mode descriptif : « c'est cassé » (on a ici davantage affaire à un commentaire qu'à une dénomination), informatif « c'est [kujer] » (pour « c'est une cuillère ») et explicatif « [a pisin] » (pour « il est allé à la piscine »), en réponse à une demande de l'adulte concernant une situation : « qu'est-ce qui s'est passé ? ». La fonction expressive est actualisée par l'exclamation « Oh mince ! », Y. exprimant alors son étonnement et surtout sa déception lorsque le jouet mécanique cesse de fonctionner. Enfin, Y. commence à utiliser la fonction conative (on parle pour agir sur autrui) sous la forme d'injonctions.

En termes d'actes de langage, Y. pointe et nomme pour attirer l'attention de l'adulte, accepte ou refuse une situation de manière explicite : « oui », « pas envie », exprime la demande ou l'injonction par une prosodie signifiante : « appuie ! », « ballon ! ». On peut se reporter au bilan de la communication sociale précoce (ECSP) pour une analyse plus détaillée, comprenant les éléments de langage non verbaux et décrivant les intentions et réactions de l'enfant en situation d'interaction.

CONCLUSION :

Versant réceptif : Le lexique passif paraît réduit en termes quantitatifs relativement à l'âge chronologique mais la qualité de l'attention a été variable durant l'examen, ce qui influence probablement les résultats. Y. interprète néanmoins correctement les demandes, les expressions faciales et les intonations d'autrui.

Versant expressif : Le lexique est utilisé de manière appropriée. La morpho-syntaxe commence à se mettre en place : Y. est capable d'actualiser son discours et d'utiliser des indices d'énonciation, même si ses phrases demeurent peu développées.

On n'observe ni écholalie, ni idiosyncrasie, ni stéréotypies verbales ou rituels verbaux. Globalement le langage peut présenter un retard sur le plan quantitatif mais pas sur le plan qualitatif

INTERET ET LIMITES DE L'ECSP (ECHELLE D'EVALUATION DE LA COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE) DANS LE DIAGNOSTIC PRECOCE DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT

Résumé

L'autisme et les TED (Troubles Envahissants du développement), quoique définis comme des troubles d'apparition précoce, ne sont diagnostiqués que tardivement. Il existe un consensus sur la nécessité d'un diagnostic précoce mais la question qui se pose est celle des moyens pour y parvenir. Le plan autisme 2013-2017 vise à mettre en place, sur le plan national, un dispositif de diagnostic précoce, impliquant davantage de professionnels spécifiquement formés. Parmi eux, les orthophonistes occupent un rôle décisif dans la mesure où les premières manifestations du trouble concernent tout particulièrement la communication sociale. Afin d'évaluer ce domaine développemental et d'harmoniser les pratiques, la Haute Autorité de Santé recommande un outil standardisé et étalonné en population française : L'ECSP (Evaluation de la Communication Sociale Précoce), échelle qui propose une approche pragmatique applicable à l'enfant de moins de 30 mois. Mais les orthophonistes appliquent-ils à la lettre ces directives et jugent-ils l'outil recommandé adapté aux objectifs du bilan et à la population concernée ? Notre objectif est d'identifier les pratiques effectives des orthophonistes participant à l'élaboration pluridisciplinaire du diagnostic précoce de TED, de mesurer la place qu'y occupe l'ECSP et de déterminer les qualités et les limites attribuées à cet outil par ces professionnels. Les résultats du questionnaire que nous leur avons adressé indiquent que les outils utilisés par les orthophonistes sont variés et que, parmi ceux-ci, l'ECSP, essentiellement employée dans les CRA (Centre Ressources Autisme), occupe une place relativement modeste. Le choix des orthophonistes se porte davantage sur des batteries composites ou des combinaisons d'épreuves, dans la mesure où ces professionnels privilégient une approche plus holistique que normative et où ils cherchent avant tout à s'adapter à la spécificité de chaque enfant. Enfin, si les orthophonistes apprécient positivement l'approche pragmatique que permet l'ECSP, peu d'entre eux l'utilisent sous sa forme « standard » et certains proposent des adaptations ou encore une analyse plus affinée en matière d'étude des formes et des fonctions de communication.

Mots-clés : Troubles Envahissants du Développement, diagnostic précoce, communication, échelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce, pragmatique, orthophonie, Recommandations