

Mémoire présenté en vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

---

**ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :**  
**Repérage et évaluation fonctionnelle précoces des**  
**troubles du spectre autistique en libéral**

---

par **Lola RICARD**

Sous la direction de :  
**Clémence VIGNERON**  
**Céline GARRIGOU**

Membres du jury :  
**Ludivine BERIGAUD**  
**Anne JACQUESSON**

Juin 2021

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil  
Enseignement des techniques de réadaptation



## REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail, sans qui, ce mémoire ne serait pas ce qu'il est :

**Clémence Vigneron**, ma directrice de mémoire, qui a accepté de tenter l'aventure d'un premier encadrement de mémoire avec moi, pour sa disponibilité et ses encouragements.

**Céline Garrigou**, ma co-directrice de mémoire, pour son expertise et pour m'avoir aidé à mettre des mots sur mes ressentis.

**Sandrine Michel**, mon ancienne maître de stage, qui m'a fait découvrir l'orthophonie appliquée aux troubles du spectre de l'autisme, pour m'avoir donné l'envie non seulement de réaliser mon mémoire à ce sujet mais aussi d'y consacrer une partie de mon futur exercice professionnel. Un grand merci pour m'avoir partagé ton savoir-faire et pour la confiance que tu m'as accordée.

Merci à toute **l'équipe pédagogique** du Centre de Formation de Toulouse pour leur investissement important dans notre cursus.

Merci à **Ludivine Bérigaud** et **Anne Jacquesson**, membres du jury, de m'avoir lue.

Je remercie **Anne Daurat**, **Anne-Marie Roudot**, **Claire Gibiot**, **Clémentine Lanne** et **Léo Raynier**, pour avoir participé au pré-test du questionnaire de cette étude.

Merci à **Florence Grand** (secrétaire SROAL), **Nathalie Bounine** (secrétaire URPS Nouvelle-Aquitaine), **Elisabeth Hivert** (secrétaire SROPL) d'avoir accepté de diffuser ce questionnaire aux orthophonistes.

Merci également à toutes les personnes administratrices de groupes d'orthophonistes sur les réseaux sociaux d'avoir accepté de diffuser mon annonce.

Un grand merci aux **422 orthophonistes** pour avoir consacré 10 minutes de leur temps précieux pour répondre à cette enquête.

Merci à ma mère, **Laure**, de m'avoir soutenu depuis le début dans cette voie.

Merci à ma grand-mère, **Jacotte**, sans qui je ne serais probablement pas là où j'en suis aujourd'hui, de m'avoir transmis le goût des lettres et de m'avoir donné à voir le pouvoir de l'empathie et de la bienveillance. Je sais que de là où tu es, tu as sûrement relu attentivement ce travail.

Merci à mon amie, **Sarah**, qui la première m'a entraînée sur le chemin de Toulouse, pour toutes ces discussions passionnantes.

Merci à **Hugo**, pour sa capacité à me supporter et son investissement statistique dans ce travail.

Je remercie profondément mes amies et amis de longue date pour m'aider à toujours voir le bon côté des choses.

Un grand merci à mes amies rencontrées grâce à l'orthophonie, **Clémentine**, **Léa**, **Chloé P.** et **Chloé A.** pour m'avoir accompagnée à travers ces cinq années. Vous avez su y donner la saveur qui les rendront mémorables.

# TABLE DES MATIERES

---

---

<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>6</b>
<b>TABLE DES ANNEXES .....</b>	<b>7</b>
<b>GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>2</b>

<b>I. LES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE: DEFINITIONS ET PRESENTATION .....</b>	<b>2</b>
<i>A) Qu'est ce que l'autisme? .....</i>	<i>2</i>
1. Les entités nosologiques .....	2
2. Les critères diagnostiques .....	3
3. La prévalence .....	3
<i>B) Les particularités du fonctionnement autistique repérables par l'orthophoniste .....</i>	<i>4</i>
1. Facteurs de risques & signes d'alertes .....	4
Facteurs de risque .....	4
Signes d'alerte .....	5
2. Particularités de fonctionnement par domaines.....	6
Communication & Langage.....	6
Précurseurs de la communication.....	6
Langage formel.....	8
Langage fonctionnel.....	10
Cognition.....	11
Sociale .....	11
Fonctions exécutives .....	11
Traitement perceptif de l'information.....	12
Attention.....	12
Sensori-motricité .....	12
Sensorialité .....	12
Oralité alimentaire.....	13
Motricité .....	14
<b>II. TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE : QUELLES RECOMMANDATIONS ? .....</b>	<b>14</b>
<i>A) L'élaboration des recommandations .....</i>	<i>14</i>
1. Présentation de la HAS et de l'ANESM .....	14
La Haute Autorité de Santé – HAS .....	14
L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médicaux-sociaux – ANESM.....	14
HAS et ANESM.....	15
2. Les recommandations.....	15
Contexte d'élaboration des RBP .....	15
Objectifs des RBP .....	16
<i>B) Parcours de soin recommandé .....</i>	<i>17</i>
1. Une organisation à trois niveaux.....	17
Les professionnels impliqués.....	17
les professionnels de 1re ligne .....	17

les professionnels de 2e ligne.....	17
les professionnels de 3e ligne.....	17
2. Repérage .....	18
3. Diagnostic .....	19
4. Cas particulier lors d'une situation complexe.....	20
C) Différences entre le parcours de soins des TND et celui de l'autisme.....	20
1. Le repérage à partir des facteurs de risque .....	21
2. Les plateformes de coordination et d'orientation dédiées aux TND et TSA .....	21

### III. TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE : QUELLE PLACE POUR LA PRATIQUE

#### ORTHOPHONIQUE EN

#### LIBERAL ?..... 22

##### A) Quels rôles et missions possibles pour l'orthophoniste en libéral dans le parcours de soin? .....

..... 22

1. Repérage .....

2. Participation au diagnostic : l'évaluation fonctionnelle.....

3. Démarrage de la prise en soin.....

4. Suivi .....

##### B) Quels sont les outils à disposition des orthophonistes pour mener à bien ces missions ? .23

1. Bilan orthophonique : le cadre .....

2. Bilan orthophonique : composition et passation .....

Trame d'évaluation et conditions de passation.....

Outils.....

Evaluation des précurseurs de la communication .....

Évaluation des compétences pragmatiques .....

Évaluation de la sensorialité (oralité incluse).....

Evaluation du langage formel .....

Utilisation de compte-rendu parentaux et/ou questionnaires.....

La démarche clinique .....

## PARTIE PRATIQUE.....29

### I. MÉTHODE..... 29

#### A) Rappel des objectifs de l'étude .....

1. Objectifs .....

2. Définition des hypothèses.....

#### B) Population cible..... 30

#### C) Matériel .....

1. Choix de la méthode .....

2. Objet d'étude.....

3. Conception du questionnaire .....

Choix de la plateforme .....

Consentement et recueil des données .....

Architecture du questionnaire .....

Formulation des questions et modalités de réponses.....

Pré-test et validation d'experts.....

Diffusion du questionnaire .....

4. Traitement des données .....

<b>II. RESULTATS</b> .....	<b>39</b>
A) Profil de l'échantillon .....	39
B) Résultats selon les hypothèses.....	40
1. Signes d'alertes et anomalies de fonctionnement .....	40
Légitimité dans le repérage.....	40
Connaissance des anomalies de fonctionnement .....	40
2. Moyens et outils d'évaluation.....	42
Trame d'évaluation .....	42
Comparaison inter-matériel.....	42
Comparaison intra-matériel.....	43
3. Parcours diagnostique .....	45
Rôle de l'orthophoniste en libéral dans le diagnostic.....	45
Connaissance du parcours de soin.....	46
Le ressenti des orthophonistes .....	46
L'orientation des patients en pratique .....	46
Focus sur les plateformes de coordination et d'orientation dédiées aux troubles du neuro-développement et aux troubles du spectre autistique .....	47
A l'échelle nationale .....	47
A l'échelle départementale.....	47
4. Evaluation de la demande .....	48
5. Amorce des pistes explicatives.....	49
Lien entre pratique orthophonique et appui théorico-pratique .....	49
C) <i>DISCUSSION</i> .....	50
1. Biais et limites de l'étude .....	50
2. Etude des hypothèses .....	51
Sous-hypothèse a).....	51
Sous-hypothèse b).....	52
Sous-hypothèse c).....	52
Hypothèse générale.....	52
3. Perspectives .....	53
Les points forts des pratiques orthophoniques .....	53
Axes d'améliorations.....	53
Pistes d'explications.....	54
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>56</b>
<b>RESUME &amp; ABSTRACT</b> .....	<b>82</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Figure n° 1 : Signes d’alerte de TSA selon l’âge de l’enfant .....	5
Figure n°2 : Parcours de repérage du risque de TSA chez l'enfant .....	18
Figure n°3 : Parcours en vue d’un diagnostic de TSA chez l’enfant .....	20
Figure n°4 : Distribution de l’âge de l’échantillon de l’étude par rapport à la distribution de l’âge de la population de référence.....	39
Figure n°5 : Pourcentage de réponses des orthophonistes à la question 21 : “Parmi les domaines ci-dessus, diriez-vous que vous connaissez les particularités de fonctionnement liées à un TSA qui y sont associés ?” .....	41
Figure n° 6 : Fréquence d’utilisation de chaque type d’outil lors de l’évaluation d’un enfant non-verbal Q.23.....	42
Figure n° 7 : Fréquence d’utilisation de chaque type d’outil lors de l’évaluation d’un enfant en cours d’acquisition du langage Q.24 .....	43
Figure n° 8 : Tableau présentant le pourcentage d’outils adaptés ou inadaptés utilisés par les orthophonistes selon les tranches d’âge Q25/26 .....	43
Figure n° 9 : Tableau présentant le pourcentage d’outils adaptés ou inadaptés utilisés par les orthophonistes selon les domaines d’évaluation Q.25/26 .....	44
Figure n° 10 : Pourcentage d’orthophonistes utilisant un outil adapté caractérisé par les variables type, domaine d’évaluation, âge et standardisation Q25/26. ....	45
Figure n° 11 : Pourcentage de réponses des orthophonistes à la question 27 “Quel est votre réflexe le plus courant en matière d’orientation d’un patient de moins de 6 ans chez lequel vous suspectez un TSA ?” .....	46
Figure n° 12 : Nombre de réponses des orthophonistes de Gironde et de Haute-Garonne à la question 28 “Avez-vous eu connaissance de la création de plateformes départementales dédiées aux TND et TSA?” .....	47
Figure n°13 : Principales raisons de refus des orthophonistes à la prise en soin des personnes porteuses de TSA Q.17 .....	48
Figure n° 14 : Principaux appuis théorico-pratiques des orthophonistes dans les prises en soin relatives aux TSA Q.14.....	49
Figure n° 15 : Tableau dynamique croisé présentant les réponses des orthophonistes à la question 29 (parcours diagnostique) en fonction de la question 13 (HAS) .....	50

## TABLE DES ANNEXES

---

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un trouble du spectre autistique d'après le DSM V.....	61
Annexe 2 : Facteurs de risques de TND/TSA selon la HAS .....	63
Annexe 3 : Brochure de repérage des signes d'alertes d'un TND à destination des médecins généralistes .....	64
Annexe 4 : Parcours d'un enfant à risque de TND : rôle la plateforme en rouge .....	67
Annexe 5 : Carte de France indiquant les ouvertures de PCO .....	67
Annexe 6 : Questionnaire.....	68
Annexe 7 : Justification de chaque question.....	72
Annexe 7bis : Justification de chaque question .....	74
Annexe 8 : Message type de diffusion du questionnaire .....	75
Annexe 9 : Détail du codage des réponses aux questions ouvertes (14, 17, 25, 26) .....	76
Annexe 10 : Tableau des outils d'évaluation cités dans l'étude et dans les réponses au questionnaire .....	79
Annexe 11 : Détail des calculs statistiques.....	81

## GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

---

**ADOS** : Autism Diagnostic Observation Schedule

**AMO** : Acte Médical d'Orthophonie

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**ANESM** : L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médicaux-sociaux

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**CARS** : Childhood Autism Rating Scale

**CELF** : Évaluation Clinique des notions Langagières Fondamentales

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CMPP** : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

**CRA** : Centre Ressource Autisme

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**DSM-5** : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (version 5)

**ECA-R** : Echelle des Comportements Autistiques Révisée

**E.CO.SSE** : Epreuve de Compréhension Syntaxico-Sémantique

**ECSP** : Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce

**ELO** : Evaluation du Langage Oral

**EVIP** : Echelle de Vocabulaire en Images de Peabody

**FFP** : Fédération Française de Psychiatrie

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HDJ** : Hôpital de Jour

**LO** : Langage Oral

**N-EEL** : Nouvelles Epreuves pour l'Examen du Langage

**OMF** : Oro-Myo-Facial

**PCO** : Plateforme de Coordination et d'Orientation

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**RBP** : Recommandation de Bonne Pratique



**SFN** : Société Française de Néonatalogie

**SROAL** : Syndicat Régional des Orthophonistes de l'Alsace

**SROPL** : Syndicat Régional des Orthophonistes des Pays de la Loire

**TED** : Trouble envahissant du Développement

**TND** : Trouble du neuro-développement

**TSA** : Trouble du spectre autistique

**TVAP** : Test de Vocabulaire Actif et Passif

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

## INTRODUCTION

---

Récemment, de nombreuses évolutions sont à constater dans le domaine de l'autisme. En effet, la parution du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM V), les publications successives des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que les différentes mesures gouvernementales qui seront détaillées par la suite, modifient à tous les niveaux la prise en soin d'une personne atteinte de troubles du spectre autistique (TSA). Que ce soit au niveau du repérage, du diagnostic ou des interventions thérapeutiques, les professionnels impliqués voient leurs pratiques se transformer.

Les récentes évolutions théoriques font supposer qu'il existe des besoins en termes d'intégration des recommandations à la pratique orthophonique libérale dans le domaine du repérage et de l'évaluation fonctionnelle précoce des troubles du spectre autistique.

**H1 : Il existe des besoins en termes d'intégration des recommandations à la pratique orthophonique libérale dans le domaine du repérage et de l'évaluation fonctionnelle précoce des troubles du spectre autistique.**

Pour aller plus loin, nous nous demandons à quel niveau ces besoins se font-ils ressentir?

- H1.A = Il existe des besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les anomalies précoces de fonctionnement propres à l'autisme
- H1.B = Il existe des besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les moyens et outils pour investiguer ces anomalies
- H1.C = Il existe des besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne le parcours diagnostique et les procédures d'orientation du patient

Cette étude part d'un postulat qui est que si la formation des orthophonistes est optimale en regard des recommandations et connaissances actuelles alors le repérage et par la suite la prise en soin sera de meilleure qualité pour les patients. En effet selon la Haute Autorité de Santé « *le repérage passe par l'amélioration des connaissances des professionnels, quels que soient leur qualification et leur lieu de pratique (sanitaire, médico-social ou social)* ».

Par extension ce postulat s'applique également au diagnostic dans lequel l'évaluation orthophonique est essentielle.

Ainsi, les pratiques des orthophonistes en libéral seront interrogées grâce à un questionnaire afin de déterminer leur adéquation avec les recommandations de bonne pratique et le cas échéant de faire émerger des axes d'améliorations avec toujours pour visée l'amélioration de la prise en soin globale des patients porteurs de TSA.

## PARTIE THEORIQUE

---

### I. LES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE: DEFINITIONS ET PRESENTATION

---

#### A) QU'EST CE QUE L'AUTISME?

---

« L'autisme constitue un trouble aux tableaux cliniques extrêmement divers, en termes de sévérité des symptômes, du niveau intellectuel associé et des troubles fonctionnels le constituant. » (Barthélémy et Blanc, 2016, p.19). Le concept d'autisme a évolué au fil des époques et avec lui, ses critères diagnostiques et les entités nosographiques qu'il regroupe. Ces évolutions ont logiquement entraîné non seulement une augmentation de la prévalence brute de l'autisme mais aussi des modifications dans les pratiques de soin.

Cette partie s'attachera à décrire l'autisme sous le point de vue adopté dans le DSM-V, manuel de référence en matière de diagnostic des maladies mentales. Parue en 2013, cette nouvelle version du manuel apporte des changements considérables dans la manière de penser l'autisme en adéquation avec l'état actuel des connaissances scientifiques, notamment en termes de spectre d'atteintes et de continuum de sévérité : c'est l'apparition des troubles du spectre autistique.

#### 1. LES ENTITES NOSOLOGIQUES

---

Nul besoin de remonter l'histoire jusqu'à l'autisme typique de Kanner (1943) pour faire le détail des changements en ce qui concerne les entités nosologiques relatives à l'autisme. La parution du DSM-V à elle seule, suffit pour observer l'apparition et la disparition de certaines de ces entités : les termes de « troubles envahissants du développement » et de « syndrome d'Asperger » ne sont plus d'actualité alors que l'on constate l'apparition du « trouble de la communication sociale » (pragmatique) et l'appellation, nommée précédemment, des « troubles du spectre autistique ».

De plus, selon les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (2020), les troubles du spectre autistique sont maintenant inclus dans un ensemble plus large nommé « troubles du neuro-développement ». Selon la HAS (2020b) :

Le neuro-développement désigne l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, langagière, cognitive, d'intégration sensorielle, structuration psychique, comportement, etc.). Il est un processus dynamique, influencé par des facteurs biologiques, génétiques, socioculturels, affectifs, et environnementaux. Il débute très précocement, dès la période anténatale, pour se poursuivre jusqu'à l'âge adulte. La perturbation de ces processus de développement cérébral conduit à un trouble neuro-développemental (TND) correspondant à des difficultés plus ou moins grandes dans une ou plusieurs de ces fonctions cérébrales.

Les TND débutent durant la période du développement et regroupent :

- les handicaps intellectuels (trouble du développement intellectuel) ;
- les troubles de la communication ;
- le trouble du spectre de l'autisme ;
- le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul) ;
- les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics) ;
- le déficit de l'attention/hyperactivité ;
- les autres TND, spécifiés (par exemple TND associé à une exposition prénatale à l'alcool), ou non.

Comme nous le verrons par la suite, cette inclusion récente au sein des TND a son importance pour la prise en charge des TSA car le parcours de soin, avec notamment les phases de repérage et de diagnostic, s'en trouve modifié. « Toutefois, l'inclusion justifiée du TSA parmi les troubles du neuro-développement ne doit pas conduire à négliger ni sa sémiologie spécifique ni la nécessité d'actions thérapeutiques et rééducatives qui lui sont adaptées. » (Haute Autorité de Santé, 2020b)

## 2. LES CRITERES DIAGNOSTIQUES

---

Les critères diagnostiques tels que décrits dans le DSM V se regroupent sous deux dimensions : d'une part la communication sociale et les interactions et d'autre part les comportements stéréotypés et les intérêts restreints (Annexe 1).

Depuis la parution du DSM V, l'évaluation d'un TSA tient compte du degré de sévérité quantifié en fonction du niveau d'aide requis par l'enfant pour effectuer une action dans une situation donnée. La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. La sévérité est codée en trois niveaux (niveau 1 : nécessitant de l'aide ; niveau 2 : nécessitant une aide importante ; niveau 3 : nécessitant une aide très importante). (HAS, 2018)

## 3. LA PREVALENCE

---

En France, les dernières données disponibles correspondent aux résultats issus d'une étude conduite de 2010 à 2017 par Santé Publique France qui estime la prévalence brute des troubles envahissants du développement (selon l'ancienne classification) à 17,9 pour 10000 habitants. Cette prévalence est maximale pour la tranche d'âge des 5-9 ans où elle atteint 72 pour 10000 habitants (Ha et al. 2020). Aux Etats-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention font état d'un cas de

TSA pour 54 enfants en 2016. Le nombre de diagnostics de TSA a augmenté ces dernières années mais la question de l'augmentation de la prévalence des cas de TSA reste ouverte. En effet l'élargissement des critères diagnostiques, la meilleure connaissance des troubles, le repérage plus systématique remettent en question une réelle augmentation de la prévalence.

---

## B) LES PARTICULARITES DU FONCTIONNEMENT AUTISTIQUE REPERABLES PAR L'ORTHOPHONISTE

---

La partie qui va suivre s'attachera à décrire les particularités observables par l'orthophoniste lors de l'évaluation du fonctionnement des enfants atteints de trouble du spectre autistique âgés de 0 à 6 ans. Il est important de rappeler que chacune de ses particularités n'est pas spécifique à l'autisme mais que ce sont leurs associations et leur intensité qui permettront de suspecter un trouble du spectre autistique ainsi que les répercussions objectivées dans le quotidien social de l'enfant. Inversement à elle-seule, selon Mottron (2017) l'absence d'un signe ne peut infirmer le diagnostic car « aucun signe n'a de prédominance sur l'autre ».

### 1. FACTEURS DE RISQUES & SIGNES D'ALERTE

---

#### FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risques de TND et plus particulièrement de TSA sont listés par la Haute Autorité de Santé. En ce qui concerne les TND, nous distinguons deux niveaux : haut risque et risque modéré, dont dépendra, comme expliqué par la suite, le parcours de soin (Annexe 2). Par rapport à ces facteurs de risques de TND, un accord d'experts de la HAS (2020b) précise que l'environnement, avec notamment le milieu familial, peut présenter des circonstances faisant passer l'enfant dans la catégorie « à haut risque de TND ».

En ce qui concerne plus spécifiquement le risque de TSA, les enfants pour lesquels un repérage des signes de TSA est recommandé sont :

- Enfants présentant des signes d'alerte de TSA, dont toute inquiétude des parents concernant le développement de l'enfant, notamment en termes de communication sociale et de langage,
- Enfants nés prématurément ou exposés à des facteurs de risque pendant la grossesse (médicaments : ex. antiépileptique, psychotrope ; toxiques : ex. alcool, etc.)
- Enfants présentant des troubles du neuro-développement dans un contexte d'anomalie génétique ou chromosomique connue habituellement associée au TSA
- Fratries d'enfants avec TSA, dès la fin de la première année » (HAS, 2018)

## SIGNES D'ALERTE

Selon la définition donnée par la HAS (2018), un signe d'alerte correspond à « une déviation importante de la trajectoire développementale et nécessite une orientation rapide à visée diagnostique ».

Ces signes dépendent de l'âge de l'enfant : avant 18 mois ils ne peuvent pas constituer un marqueur de TSA mais ils peuvent faire suspecter un TND.

Avant 18 mois	Autour de 18 mois	Au delà de 18 mois
Niveau de vigilance particulier (trop calme ou irrité)	Difficulté d'engagement relationnel	Signes précédents
Sommeil (délais excessifs d'endormissement / réveils)	Attention et réciprocité sociale altérée : faible initiation, maintien et réponse à l'attention conjointe, absence ou quasi-absence du regard adressé, sourire partagé, pointage coordonné au regard...	Comportements et intérêts ayant un caractère restreint, stéréotypé et répétitif
Refus de textures/ d'aliments nouveaux, rituels alimentaires	Réactivité sociale faible (réponse au prénom)	Difficultés relationnelles persistantes : création de liens amicaux difficile, pauvreté du contact / indifférence ou familiarité
Régulation des émotions difficile (crises de colères inexplicables)	Difficultés en langage réceptif (compréhension de consigne simple) et expressif	Difficultés à reconnaître les émotions d'autrui, à comprendre et interpréter les intentions
Difficultés d'ajustement tonico-postural (« n'aime pas » être pris dans les bras)	Peu de jeu socio-imitatif et symbolique	Utilisation inappropriée du langage
Développement moteur particulier	Réponses sensorielles particulières (recherche ou évitement de sensations)	Résistance aux changements et/ou mise en place de rituels
Exploration inhabituelle des objets		Troubles du comportement

Figure n° 1 : Tableau présentant les signes d'alertes de TSA selon l'âge de l'enfant

Parmi ces signes, la HAS (2018) en a désigné certains comme majeurs :

Quel que soit l'âge de l'enfant :

- l'inquiétude des parents concernant le développement de leur enfant, notamment en terme de communication sociale et de langage
- la régression des habiletés langagières ou relationnelles, en l'absence d'anomalie à l'examen neurologique

Chez le jeune enfant :

- Absence de babillage, de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à 12 mois et au-delà (faire coucou, bravo etc.)
- Absence de mots à 18 mois et au-delà
- Absence d'association de mots (non-écholaliques) à 24 mois et au-delà

Quant aux signes plus généraux concernant les TND, ils sont décrits dans une brochure éditée par le gouvernement « Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans ». (Annexe 3)

## 2. PARTICULARITES DE FONCTIONNEMENT PAR DOMAINES

---

Il existe plusieurs modèles posant différentes hypothèses concernant les mécanismes sous-jacents aux troubles du spectre autistique (Blanc et Archambault, 2016 ; Mottron, 2017). Ainsi il existe diverses manières de "classer" ces symptômes. Diverses théories s'efforcent de déterminer le déficit primaire des TSA : perceptif, moteur ou social par exemple. Dans cette étude, nous nous inscrivons davantage dans une démarche fonctionnelle qu'étiologique. En ce sens, nous retiendrons principalement les consensus existants quant à la présence ou à l'absence d'une caractéristique repérable dans le comportement autistique sans s'attacher à en détailler sa possible cause.

### COMMUNICATION & LANGAGE

Dans le domaine de la communication seront incluses les dimensions des prérequis communicationnels, du langage formel (phonologie, lexique, sémantique, morphosyntaxe) et du langage fonctionnel (discours, pragmatique).

### PRECURSEURS DE LA COMMUNICATION

L'atteinte des précurseurs de la communication chez les enfants présentant un TSA est décrite en partie dans les signes d'alertes présentés par la HAS, à savoir :

- **Attention et réciprocité sociale altérée** : Attention conjointe non investie (faible initiation, maintien difficile et/ou réponse aléatoire voire absente), absence ou quasi-absence du regard adressé, du sourire partagé, du pointage coordonné au regard, faible réponse au prénom et orientation à la voix. (HAS, 2018)

- **Trouble de l'imitation** : Un consensus scientifique établit que la fréquence des comportements d'imitation est significativement plus faible et plus pauvre chez les enfants avec TSA. Ce déficit d'imitation concerne particulièrement la reproduction d'actions, la manipulation d'objets, des mouvements du corps, de sons ou de mots articulés et l'imitation de comportements, mimiques faciales et jeux sociaux (Rogers et al., 2003). Ces difficultés sont plus accentuées sur les actions nouvelles et non conventionnelles dans les tâches d'imitation de mouvements corporels et d'expressions d'émotions que dans les tâches d'imitation d'actions sur les objets (Girardot et al., 2009). En conclusion, « si les enfants autistes imitent moins et moins bien que les enfants tout-venant, aucun d'entre eux n'a présenté de déficit total d'imitation. » (Lainé et al., 2008).

- **Prosodie** : Sur le versant réceptif, le traitement perceptif de la voix serait perturbé chez les enfants porteurs de TSA (Mottron, 2017) et la perception des indices para verbaux ne se ferait que de façon modérée (Courtois du Passage et Galloux, 2004).

Sur le versant expressif, la prosodie d'un enfant porteur de TSA a toujours été décrite comme atypique et ce, depuis les travaux de Kanner (1943). Cependant, aujourd'hui les études ne sont pas unanimes à ce sujet, du fait de la variabilité inter-individuelle importante au sein des TSA et de la difficulté à objectiver une atypicité de la prosodie (Paul et al., 2005 ; Peppé et al., 2011). Les travaux de Peppé et al.(2011) mettent en évidence qu'une large population d'enfants porteurs de TSA (sans déficience intellectuelle ici) présente des troubles de la prosodie ce qui rend leurs intentions difficilement compréhensibles pour leur interlocuteur. Pour tenter de caractériser les particularités rencontrées dans le domaine prosodique, nous pouvons retenir que l'intonation – le fait d'accentuer certains mots ou parties de mots – est difficile pour les enfants porteurs de TSA que ce soit en production ou en réception (Paul et al 2005). Cette intonation atypique aurait des conséquences sur l'intégration sociale des enfants porteurs de TSA. (Peppé et al., 2011).

- **Mimogestualité** : Les mimiques, les expressions faciales sont comme les gestes, déficitaires chez les enfants atteints d'autisme, dans la compréhension ainsi que dans la production (Dascalu, 2014). En effet, des difficultés de gestualité sont considérées comme symptomatiques des TSA dans plusieurs outils de diagnostic comme l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) par exemple (Marchena, 2010). Les études concernant les gestes de pointage sont bien documentées et concluent que la fréquence du pointage proto-déclaratif (pointage dans le but d'attirer l'attention) est réduite significativement chez les enfants porteurs de TSA (Marchena, 2010). Excepté ce consensus scientifique à propos des gestes de pointage, les études sur l'usage des gestes par les enfants porteurs de TSA restent peu nombreuses et contradictoires (Mastrogiuseppe, 2015, cité par McQuiston 2017). D'après l'observation d'enfants préscolaires porteurs de TSA en situation d'interaction naturelle, Mastrogiuseppe (2015, cité par McQuiston, 2017) montre que ceux-ci produisent :

- moins de gestes au total
- moins de gestes conventionnels



- une plus grande proportion de demandes : caractérisées par un geste d'ouverture et de fermeture de la main ou bien par des gestes instrumentaux tels que diriger la main de l'adulte vers l'objet demandé.

## LANGAGE FORMEL

Les difficultés langagières concernent une proportion importante des enfants ayant un TSA. Une des trajectoires possibles d'acquisition du langage a été modélisée par Prizant et Duchan (1981) dans cette séquence : mutisme initial ; écholalie immédiate, puis différée ; inversion pronominale ; langage stéréotypé hors contexte, avec ensuite langage plus productif et fonctionnel ; enfin, langage plus évolué avec répétitions thématiques. En ce qui concerne l'écholalie, elle est aujourd'hui considérée par le DSM V comme un comportement répétitif plutôt que comme un trouble de la communication. En effet, de plus en plus d'études tendent à la considérer comme un comportement ayant une visée de communication et aidant l'enfant à générer du langage. Les auteurs observent qu'au fur et à mesure du développement l'écholalie immédiate a tendance à laisser sa place à l'écholalie différée puis à l'écholalie « atténuée » (qui consiste à reprendre la structure d'une phrase entendue précédemment en changeant certains termes) et soulignent que ce phénomène est également observé chez les enfants neuro-typiques (Gernsbacher et al., 2016)

- **phonologie** : L'acquisition du système phonologique semble suivre la même trajectoire développementale chez les enfants porteurs de TSA et chez les enfants neuro-typiques. En effet, ces premiers auraient un système phonologique aussi efficient que les enfants neuro-typiques présentant un niveau de langage apparié. Ce qui différencie ces deux profils d'enfants est la production d'une plus grande quantité de vocalisations « végétatives » (cris aigus notamment) chez les enfants porteurs de TSA que chez les enfants neuro-typiques (Schoen et al., 2011). En pratique, du fait de l'importante variabilité interindividuelle rencontrée dans les TSA, il est possible d'observer selon les patients : un retard de parole, un trouble de la programmation ou une absence de trouble (la phonologie peut même se développer précocement et dans ce cas l'enfant aura tendance à « jouer » avec les sonorités des mots. (Courtois du Passage et Galloux, 2004)

- **lexique et sémantique** : Au niveau quantitatif, les stocks lexicaux passifs et actifs semblent être de même niveau chez les enfants TSA que chez les enfants neuro-typiques appariés (Eigsti et al., 2007). Si les enfants porteurs de TSA prononcent leur premier mot généralement plus tard que les enfants neuro-typiques, ils semblent pouvoir acquérir par la suite de nouveaux mots au même rythme que ces derniers (Oren et al., 2021).

Au niveau qualitatif, les principaux mots utilisés et compris par les enfants porteurs de TSA font référence aux actions, objets et personnes répandus et universels dans le monde d'un jeune enfant (Rescorla, 2013). Nous notons qu'il semblerait que les catégories de mots employés par les jeunes enfants se situant sur le spectre de l'autisme soient similaires à celles utilisées par les jeunes enfants

présentant un retard de langage. Ces résultats comme ceux concernant les stocks lexicaux sont globalement confirmés par une étude très récente (Jimenez et al., 2020). Cette étude étudiant un stade très précoce du développement langagier, les résultats différeraient probablement pour des enfants porteurs de TSA un peu plus âgés ayant commencé à développer des intérêts restreints et donc un emploi de vocabulaire spécialisé à ceux-ci (Weismer, 2011 ; Courtois du Passage, 2004). A noter que les enfants porteurs de TSA produisent davantage de néologismes dans leur discours, ce qui peut entraver leur communication qui peut alors aller jusqu'à s'apparenter à un jargon (Eigsti et al., 2007). Outre les néologismes, les enfants porteurs de TSA peuvent également employer des mots existants dans la langue en les détournant de leur sens initial et exprimer une signification spécifique (la plupart du temps uniquement propre à eux) : c'est l'idiosyncrasie (Volden et Lord, 1991 ; Eigsti et al., 2007). En ce qui concerne l'acquisition des verbes, il semblerait que chez les enfants porteurs de TSA, elle soit influencée par le caractère social des verbes. Ainsi, ces enfants auraient tendance à acquérir en premier des verbes à moindre caractère social (Jimenez, 2020).

Certaines études rapportent que le lexique est un des points forts dans le profil langagier des enfants porteurs de TSA (Landa, 2007 cité par Rescorla, 2013) tandis que d'autres relèvent que malgré de bons scores aux épreuves testant le vocabulaire, les enfants porteurs de TSA peuvent avoir des difficultés à saisir la signification des mots plutôt abstraits (Tager-Flusberg 2007, cité par Rescorla, 2013).

La généralisation du sens des mots, aussi bien en compréhension (formation de concepts globaux et catégorisation lexico-sémantique) qu'en expression (utilisation d'un mot dans d'autres contextes que celui où il a été perçu) semble difficile pour les enfants porteurs de TSA qui peuvent faire preuve d'une certaine « rigidité ». (Courtois du Passage et Galloux, 2004).

- **morphosyntaxe** : Les études sont contradictoires en ce qui concerne une possible différence de trajectoire développementale d'acquisition de la syntaxe (Durrleman et Zufferey, 2009). Cependant, un consensus est établi sur le fait que les enfants avec TSA semblent produire des énoncés plus simples (avec moins de morphèmes grammaticaux) que leurs pairs neuro-typiques (Eigsti et al., 2007). Les enfants porteurs de TSA ne semblent pas présenter de corrélation entre la taille de leur lexique et la complexité grammaticale des énoncés qu'ils produisent contrairement aux enfants présentant un retard de langage (Weismer, 2011).

On sait également que les enfants verbaux porteurs de TSA ont des difficultés à produire et à utiliser les pronoms personnels « je » et « tu », (Dascalu, 2014). Ces difficultés d'inversion peuvent apparaître également dans le développement typique mais ont tendance à s'arrêter tandis que chez les enfants porteurs de TSA cela peut persister (Evans et Demuth, 2012). Le phénomène de troncature syntaxique qui consiste en une élision des couches supérieures de l'arbre syntaxique - notamment du sujet en première position dans la phrase pour privilégier des phrases commençant par un verbe à l'infinitif – semble persister chez les enfants porteurs de TSA après 3 ans contrairement aux enfants neuro-typiques (Durrleman et Zufferey, 2009). Nous pouvons donc constater des élisions fréquentes de pronoms personnels en début de phrase.

## LANGAGE FONCTIONNEL

Les habiletés pragmatiques peuvent être définies comme des compétences qui permettent à l'enfant d'utiliser le langage en situation en tenant compte de l'intention de celui qui parle, de l'interlocuteur et du contexte de l'interaction (Coquet, 2005). Cet aspect de la communication est particulièrement atteint dans un TSA. En effet la plupart des précurseurs de la pragmatique sont lésés dans un TSA comme nous le montre le tableau précédent sur les signes d'alerte. L'attention conjointe, le contact oculaire et le pointage sont généralement altérés ce qui met en difficulté par la suite l'enfant porteur de TSA. Ainsi, comme attendu, les enfants porteurs de TSA ont plus tendance à produire des énoncés ne contribuant pas à la conversation ce qui réduit donc leur participation à celle-ci. Plus spécifiquement, ils ont plus tendance à verbaliser en écho à leurs propres productions par rapport à celles de l'interlocuteur : ainsi ils sont plus à même d'ignorer ou d'échouer à répondre à une demande directe par exemple (Eigsti et al., 2007). Nous pouvons en conclure que les enfants porteurs de TSA ont plus tendance à utiliser le langage avec une fonction d'autostimulation (Oren et al., 2021).

En ce qui concerne les actes de communication, une étude rapporte que l'acte de langage le plus utilisé dans le groupe d'enfants porteurs de TSA comme dans celui des enfants neuro-typiques était l'acte déclaratif qui sert à commenter une situation ou à nommer un objet. Cet acte était tout de même en plus grande proportion présent dans le groupe des enfants neuro-typiques. L'étude pose l'hypothèse, non seulement d'un probable déficit concernant la formulation de demandes ou d'oppositions dans le groupe des enfants porteurs de TSA en raison d'une plus grande complexité de ces actes mais aussi d'une possibilité de substitution de ces actes de langage par des moyens « non-communicatifs » (= des productions langagières non adressées à un interlocuteur). Or une incapacité à formuler des demandes ou des objections est souvent liée à des problèmes comportementaux (Oren et al., 2021). Ces observations sont valables lorsque l'enfant porteur de TSA présente un profil verbal, cependant si l'enfant porteur de TSA présente un profil non ou très peu verbal il utilisera le langage (à son niveau) prioritairement pour : donner son accord/son désaccord, répondre à une question ou faire une demande (La Valle et al. 2020). Ainsi, ces deux études peuvent sembler contradictoires mais il est intéressant de savoir que ces deux profils de communication peuvent être retrouvés chez les enfants porteurs de TSA.

Les difficultés pragmatiques les plus communes rencontrées par les enfants porteurs de TSA décrites dans la littérature concernent l'initiation de la conversation, la poursuite thématique dans le discours (donner des informations non pertinentes en fonctions du sujet de conversation par exemple) et l'alternance des tours de rôles (ne pas attendre son tour de parole par exemple). Ces difficultés peuvent mener à l'échec de la communication entre les interlocuteurs (Papadopoulos, 2018)

Pour finir, il est important de mentionner la part importante de variabilité qu'il existe entre les différents profils d'enfants porteurs de TSA : en fonction du degré de sévérité du trouble, les compétences pragmatiques et sociales diffèrent (Papadopoulos, 2018).

## COGNITION

### SOCIALE

- **Jeu symbolique** : Le développement des comportements de jeu suit une trajectoire atypique chez les enfants porteurs de TSA (Perrin, 2011 ; Bellato, 2012). En comparaison avec les enfants au développement typique ou ayant un retard de développement, les enfants porteurs de TSA investissent d'avantage le jeu sensoriel et très peu le jeu symbolique (Perrin, 2011). Les enfants porteurs de TSA peuvent également présenter des façons de jouer stéréotypées : exploration visuelle ou tactile atypique, une attention portée sur un détail de l'objet, un besoin de routine dans le jeu (Bellato, 2012). Si les enfants porteurs de TSA investissent peu le jeu symbolique ou jeu de « faire-semblant » on ne constate pas pour autant une absence totale de ce comportement (Baron-Cohen, 1987; Libby et al., 1998; Rutherford and Rogers, 2003 cités par Kang et al., 2016). Les enfants porteurs de TSA auraient davantage de difficultés à initier spontanément un jeu de « faire-semblant » mais seraient capables de comprendre la situation. (Jarrod, 2003 cité par Kang et al., 2016)

- **Théorie de l'esprit** : Le concept de théorie de l'esprit (la capacité d'attribuer et de prendre en compte l'état mental de l'autre) comme la compréhension des « fausses croyances » (la compréhension du fait qu'une personne peut détenir une information fausse qu'elle tient pour vrai) se développe environ entre 3 et 4 ans avant de devenir complètement mature à 5 ans chez les enfants neurotypiques (Roth et Dicke, 2012). Certaines capacités que l'on pourrait qualifier de « précurseurs » à la théorie de l'esprit émergent entre 1 et 3 ans : ce sont la capacité à lire des émotions simples et l'ajustement de son propre comportement à l'émotion de l'autre (Hutchins et al., 2016).

Une étude évaluant les compétences décrites ci-dessus à la fois de manière explicite (tâches de « laboratoire ») et appliquée (tâches plus écologiques) montre que les enfants porteurs de TSA échouent significativement aux deux types de tâches et sur les deux niveaux de complexité (capacités de 1 à 3 ans et de 3 à 4 ans). L'étude souligne également que certains individus ayant un TSA performant parfaitement sur les tâches explicites et démontrent des scores dans la moyenne pour les tâches appliquées (Hutchins et al., 2016). Cela démontre encore une fois l'hétérogénéité des profils d'enfants porteurs de TSA.

### FONCTIONS EXECUTIVES

Une étude réalisée chez des enfants porteurs de TSA d'âge scolaire rapporte que leurs principales difficultés se situent sur les tâches d'inhibition, de flexibilité mentale et de mise à jour de la mémoire de travail par rapport à des sujets contrôles appariés selon l'âge. Lorsque l'appariement est fait selon le QI non-verbal, ce sont les difficultés de flexibilité mentale qui sont les plus prégnantes. Ainsi, nous pouvons en déduire un déficit avéré au niveau des fonctions exécutives chez les enfants porteurs de

TSA. Les fonctions exécutives impactant les compétences sociales, il apparaît que les enfants porteurs de TSA seront entravés dans certaines de ces situations. (Ellis Weismer et al., 2018)

### TRAITEMENT PERCEPTIF DE L'INFORMATION

Il existe un consensus sur la préférence des enfants ayant un TSA sur le traitement prioritaire des détails (local) versus un traitement global. Plusieurs auteurs décrivent ce phénomène dans différentes théories: déficit de la cohérence centrale de Frith ou hypothèse d'un sur-fonctionnement perceptif de Mottron.

Par exemple, dans le cas des visages, les enfants porteurs de TSA donnent moins d'importance à la perception des yeux et s'attardent sur des aspects locaux alors que les enfants neuro-typiques traitent le visage comme un tout (théorie de la Gestalt) (Mottron, 2017). Pour les enfants ayant un TSA, l'appariement d'émotions avec leurs expressions faciales sera difficile et entraîne donc une mauvaise reconnaissance des émotions (excepté pour les "masques" émotionnels).

La catégorisation des stimuli perçus par les personnes porteuses de TSA est également atypique : ceux-ci ont tendance à former des catégories plus "étroites" que les individus neuro-typiques dépendant davantage des processus perceptifs de bas niveau (Mottron, 2017). Nous pouvons mettre en lien l'impact de cette catégorisation atypique sur le développement du langage : organisation lexicale et sémantique probablement modifiée.

### ATTENTION

L'orientation de l'attention serait plus lente dans un TSA. De plus, le désengagement de l'attention s'avère difficile quand on passe d'un élément local à un élément global (une partie à un tout), en effet il existe une attraction pour les cibles locales en lien avec une meilleure perception locale. Dans les TSA, le focus attentionnel se déplacera préférentiellement d'objet en objet et sera moins efficace sur du matériel social. Pour finir, si l'efficacité intellectuelle est déficitaire, le filtrage attentionnel sera probablement atteint. (Mottron, 2017)

### SENSORI-MOTRICITE

#### SENSORIALITE

Selon la HAS, on retrouve parmi les signes d'alerte une recherche ou au contraire un évitement de certaines sensations. Cette particularité de fonctionnement, en lien avec la sensorialité, est décrite notamment par Dunn (2007). Elle présente la notion de seuil avec une hypo ou une hyper-sensibilité à une stimulation. Ces stimulations peuvent concerner les cinq modalités sensorielles et voire même davantage (sensibilité thermique, algique, proprioceptive, vestibulaire). Il est important de noter qu'il existe une hétérogénéité de réactivité inter et intra-modalités.

Sous ce prisme-là, des particularités sensori-motrices précoces sont ainsi identifiées chez des jeunes enfants qui présentent une sémiologie sensorielle qui touche différentes modalités, particulièrement :

- la réactivité visuelle : les individus avec autisme présenteraient également une forte sensibilité aux contrastes lorsque le stimulus est statique (Bertone et al., 2005 cité par Blanc et Archambault, 2016).
- la réactivité auditive : pauvreté de la réactivité du bébé aux sollicitations vocales comme décrit précédemment, hyperacousie.
- la réactivité gustative : les particularités seront détaillées dans la partie suivante sur l'oralité alimentaire.
- la réactivité proprioceptive et vestibulaire : les particularités sont décrites dans la partie suivante concernant la motricité.
- la réactivité algique : la réactivité à la douleur chez les personnes porteuses d'un TSA est différente de celle observée chez les personnes neuro-typiques. L'intensité de la réaction n'est pas forcément proportionnelle à la gravité de la blessure (Truffeau, 2016). De plus, il n'est pas possible de définir un comportement de réponse à la douleur qui soit généralisable chez les enfants porteurs de TSA car la réactivité algique reste très variable entre les individus mais également car leurs réactions ne sont pas constantes dans le temps.

## ORALITE ALIMENTAIRE

Toujours dans le domaine de la sensorialité, nous nous intéressons plus spécifiquement à l'oralité alimentaire de l'enfant porteur de TSA. En 2011, Geneviève Nadon, précise les taux de prévalence des troubles alimentaires : ils concernent jusqu'à 80% d'enfants ayant des troubles développementaux contre 13 à 50 % chez les enfants au développement typique.

Dans la même logique que celle qui décrit les particularités sensorielles, on retrouve des profils d'enfants plutôt hypersensibles ou bien au contraire des profils plutôt hypo-sensibles en ce qui concerne l'oralité alimentaire. Il est également important de noter que pour les enfants sensibles au niveau sensoriel, le moment de repas peut être un moment éprouvant (sollicitations à la fois tactiles, visuelles, auditives, gustatives et olfactives fortes).

Au niveau alimentaire, l'hypersensibilité orale se traduira davantage par :

- une sélectivité liée aux textures des aliments.
- une tendance à se nourrir de mets plutôt insipides
- une tendance à rejeter toute activité concernant la bouche (le brossage de dents par exemple).
- des sensations désagréables vis-à-vis de certains ustensiles.

L'hyposensibilité, quant à elle, se traduira plutôt par :

- une tendance à consommer des aliments au goût prononcé ou très épicés.
- une exploration tactile moindre des aliments (avec les doigts ou les zones buccales et péri-buccales)
- un remplissage buccal exagéré (phénomène de stockage dans les sillons labio-jugaux (Caucal et Brunod, 2010)
- un besoin permanent de mettre quelque chose à la bouche (sans but alimentaire).

(Alba et al., 2016)

## MOTRICITE

Il existe des particularités dans le profil tonico-postural et moteur d'un enfant porteur de TSA. Ces particularités apparaissent déjà chez le tout-petit chez lequel on peut noter une hypotonie ou hypertonie, des ajustements posturaux déficitaires et une hypoactivité motrice globale (gesticulation faible) (Degenne et al., 2016). La motricité oculaire est également impactée : les personnes avec autisme présenteraient notamment des fixations saccadiques au lieu de mouvements de poursuite régulière. (Goldberg et al., 2002 cités par Blanc et Archambault, 2016). Les stéréotypies motrices font également partie des atypies motrices pouvant être rencontrées chez les enfants avec TSA : maniérismes des mains et des doigts ou battements des bras par exemple. (Lord & al., 1994 cité par Gallot, 2014).

## II. TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE : QUELLES RECOMMANDATIONS ?

---

La HAS et ses recommandations de bonne pratique sont fréquemment citées dans cette étude car elles constituent un point de référence dans les pratiques de soin. Il conviendra d'abord de présenter cette autorité ainsi que de faire la lumière sur l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique (RBP). Ensuite, sera abordé le parcours de soin recommandé pour les enfants présentant un TSA.

---

### A) L'ELABORATION DES RECOMMANDATIONS

---

#### 1. PRESENTATION DE LA HAS ET DE L'ANESM

---

##### LA HAUTE AUTORITE DE SANTE – HAS

La HAS remplace depuis 2005 l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé ou ANAES. Godderidge et Cabal (2016) la définissent comme « une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. » Elle exerce différentes missions à la fois médicales et économiques d'évaluation, de certification et d'accréditation en ce qui concerne les pratiques professionnelles, les produits de santé et l'organisation des soins. Le but étant d'améliorer la qualité des soins et de promouvoir la sécurité des patients.

##### L'AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICAUX-SOCIAUX – ANESM

Cette agence succède, après son installation en 2007, au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Bien que l'ANESM ait différentes missions, c'est davantage son service « Pratiques professionnelles » qui sera présenté. « Il a pour rôle principal d'élaborer des procédures, références et recommandations, tant sur les pratiques professionnelles que sur l'évaluation. » (Godderidge et Cabal, 2016).

## HAS ET ANESM

Le 14 juin 2010, HAS et ANESM s'engagent dans un partenariat afin de développer des actions communes ou complémentaires.

Deux domaines sont ciblés : les Recommandations de Bonne Pratique (RBP) et l'évaluation des établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux.

La HAS et l'ANESM produisent des Recommandations de Bonne Pratique susceptibles d'être mises en œuvre par des professionnels issus des secteurs sanitaires et médico-sociaux travaillant dans les mêmes structures ou en coordination auprès des mêmes populations. Pour l'année 2010, huit thèmes ont été retenus, dont les TSA avec notamment des recommandations conjointes sur les programmes d'intervention chez l'enfant et l'adolescent (Godderidge et Cabal, 2016).

## 2. LES RECOMMANDATIONS

Les « recommandations de bonne pratique » sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (HAS, 2014).

Elles ont pour objectif de mettre, à la disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs), une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science destinée :

- à aider la prise de décision dans le choix des soins ;
- à harmoniser les pratiques ;
- à réduire les traitements et actes inutiles ou à risque ;
- réduire les ruptures dans les parcours de santé (Godderidge et Cabal, 2016)

Les recommandations de bonne pratique sont élaborées selon des méthodes scientifiques comme la méthode "recommandation pour la pratique clinique". Selon la solidité des études sur lesquelles les recommandations s'appuient, celles-ci n'ont pas toujours le même niveau de preuve : il existe donc une gradation au sein des recommandations (HAS, 2020a).

### CONTEXTE D'ELABORATION DES RBP

Les deux principales recommandations sur lesquelles cette étude s'appuie sont celles publiées en 2018 puis en 2020, à savoir :

- 2018 : Recommandation de Bonne Pratique « Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent - Méthode Recommandations pour la pratique clinique » (HAS)
- 2020 : Recommandation de Bonne Pratique « Troubles du neurodéveloppement : Repérage et orientation des enfants à risque » (HAS)

La recommandation de bonne pratique sur le thème « Trouble du spectre de l'autisme : diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » a été élaborée à la demande de la ministre des Affaires



sociales de la Santé et des Droits des femmes ainsi que la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion. Elles ont saisi conjointement la HAS en vue d'une actualisation des « Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme » qui avaient été élaborées en 2005 par la Fédération française de psychiatrie (FFP) en partenariat avec la HAS . La demande d'actualisation est justifiée par l'évolution des connaissances et des parcours depuis 10 ans dans le domaine de la détection, du diagnostic et des interventions précoces pour les enfants et adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et par la publication en 2015 de l'actualisation du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ce thème de recommandation de bonne pratique (RBP) s'inscrit dans la stratégie nationale de santé pour 2018-2022 notamment dans son axe : « Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant ». La saisine provient de la Société française de néonatalogie (SFN) (Godderidge et Cabal, 2016).

## OBJECTIFS DES RBP

- **2018**

Les objectifs d'amélioration des pratiques professionnelles du diagnostic des TSA sont de :

- poursuivre la réduction observée de l'âge moyen au diagnostic ;
- améliorer le parcours diagnostique, notamment réduire les délais d'obtention d'un diagnostic ;
- articuler dans les délais les plus courts diagnostic et projet personnalisé d'interventions précoces.

L'objectif de ce travail est d'optimiser le repérage des enfants et adolescents présentant des signes de TSA ou de développement inhabituel ou à risque de développer un TSA et d'harmoniser les pratiques et procédures en vue d'un diagnostic initial de TSA chez l'enfant ou l'adolescent de moins de 18 ans.

- **2020**

Les objectifs de cette recommandation sont :

- d'harmoniser les pratiques de repérage et d'orientation des enfants ayant un trouble du neuro-développement (TND) dans une population à risque entre 0 et 7 ans (7 ans 11 mois) au sein des réseaux de suivi pédiatrique formalisés et par les professionnels de soins primaires en lien avec eux ;
- d'optimiser le parcours de l'enfant et de sa famille, depuis l'identification des signes d'alerte d'un TND jusqu'à l'orientation vers une intervention précoce et/ou une équipe de diagnostic et de prise en charge de 2ème ligne.

---

## B) PARCOURS DE SOIN RECOMMANDE

---

Le parcours de soin dans le cas des TSA est composé de plusieurs acteurs qui sont regroupés en différentes « lignes ».

### 1. UNE ORGANISATION A TROIS NIVEAUX

---

#### LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES

##### LES PROFESSIONNELS DE 1RE LIGNE

Parmi les professionnels de première ligne, nous comptons :

- les professionnels de la petite enfance (auxiliaires de puériculture, éducateur.ices de jeunes enfants, éducateur.ices spécialisés, etc.),
- les professionnels de l'Éducation nationale (enseignant.es, infirmier.es, psychologues et médecins de l'Éducation nationale),
- les professionnels de santé exerçant en libéral, en service de protection maternelle et infantile (PMI) ou structures de type maison pluridisciplinaire de santé, notamment médecins généralistes, pédiatres, professionnels paramédicaux (infirmier.es, puéricultrices, orthophonistes, psychomotricien.nes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes) et psychologues

##### LES PROFESSIONNELS DE 2E LIGNE

Ce sont des professionnels coordonnés en équipe pluri-professionnelle spécifiquement formés aux troubles du neuro-développement et aux troubles du spectre de l'autisme : équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centre médico-psychopédagogique (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin. Les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie sont également inclus dans la deuxième ligne.

##### LES PROFESSIONNELS DE 3E LIGNE

Ce sont les professionnels exerçant en centre ressources autisme ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés complémentaires, notamment en neuro-pédiatrie, génétique clinique et imagerie médicale. (HAS 2018)

Le parcours de soin est également découpé en deux grandes phases :

- L'identification des signes d'alerte et le repérage
- Le diagnostic et l'évaluation fonctionnelle

## 2. REPERAGE

Le repérage correspond à l'identification de signes d'alerte (définis précédemment) par les professionnels de première ligne cités plus haut. Lorsque des signes ont été repérés, il est recommandé d'orienter les parents vers le médecin assurant habituellement le suivi de l'enfant ou bien vers le médecin scolaire / de crèche. Lors de la consultation avec le médecin, sera programmée une autre consultation appelée « consultation dédiée en soins primaires » dans un délai de trois semaines qui permettra un examen clinique approfondi du développement de l'enfant.

Selon les résultats de cette consultation, l'orientation de l'enfant sera différente :

- Si le risque de TSA est confirmé, l'enfant sera orienté vers une consultation à visée diagnostique effectuée par des professionnels de 2ème ligne. Il est recommandé de ne pas attendre le résultat de cette consultation de 2ème ligne pour mettre en place les interventions précoces, « notamment dans le domaine de la communication » (HAS, 2018). Le délai attendu entre le repérage d'anomalies du développement et le début des interventions (orthophonie, kinésithérapie ou psychomotricité, socialisation en établissement d'accueil du jeune enfant) devrait être inférieur à 3 mois, du fait de l'urgence développementale chez le jeune enfant (HAS, 2018).
- S'il persiste un doute quant au risque de TSA, la consultation dédiée en soins primaires devra alors être renouvelée sous un mois.
- Si le risque de TSA n'est pas confirmé, le suivi médical habituel de l'enfant poursuivra sa surveillance.

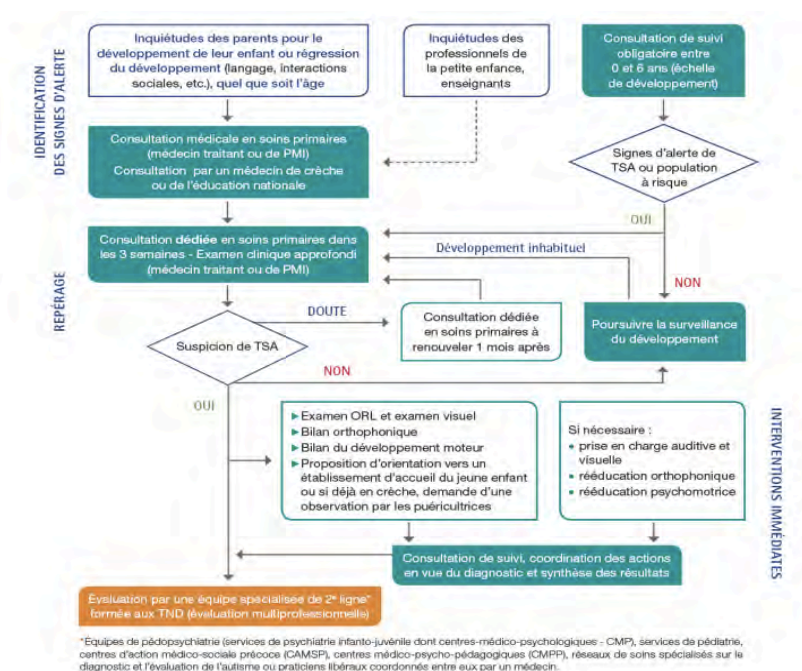


Figure n°2 : Parcours de repérage du risque de TSA chez l'enfant (HAS, 2018)

### 3. DIAGNOSTIC

---

Cette deuxième étape, portée par les professionnels de deuxième ligne, correspond pour la famille et l'enfant à l'entrée dans la démarche diagnostique. Comme expliqué précédemment, le diagnostic de TSA se fait actuellement en fonction des critères du DSM V et nécessite les informations recueillies auprès des différents professionnels évaluant le fonctionnement de l'enfant. Comme indiqué par la HAS, « en raison du caractère multidimensionnel des signes cliniques du TSA, l'abord clinique doit être pluri-professionnel (en particulier pédopsychiatres, pédiatres, psychologues et professionnels de rééducation) et impliquer des professionnels expérimentés et spécifiquement formés aux troubles du neuro-développement et aux autres troubles de l'enfance et non pas seulement au TSA. »

L'évaluation porte sur plusieurs dimensions du fonctionnement de l'enfant et doit comporter au minimum selon la HAS :

- Une anamnèse développementale détaillée ;
- Une vérification de la réalisation des tests de repérage standard (audition, vision) ;
- Un examen pédiatrique clinique complet (poids, taille, périmètre crânien, examen neurologique etc.) ;
- Une observation clinique, en situation d'interaction avec l'enfant, de ses capacités de communication sociale et de ses comportements afin de rechercher les signes centraux de TSA en référence aux critères du DSM-5. Cette observation peut également être structurée au moyen d'outils standardisés tels que la CARS (Childhood Autism Rating Scale) ou l'ADOS ou l'ECA-R (échelle d'évaluation des comportements autistiques révisée)
- Un examen des différentes dimensions du langage et de la communication non verbale et pragmatique (ex. : attention conjointe et habiletés conversationnelles) au moyen des tests standardisés disponibles ;
- Un examen du niveau de fonctionnement intellectuel et du profil cognitif (en termes de difficultés mais aussi de points forts et de potentialités) au moyen de tests psychométriques standardisés disponibles adaptés à l'âge chronologique de l'enfant et à ses autres capacités, notamment le langage ;
- Un examen des capacités adaptatives de l'enfant dans les situations de vie quotidienne sur la base des observations parentales, en particulier au moyen de l'échelle de Vineland ;
- Un examen des fonctions psychomotrices dont les habiletés motrices globales et fines à partir de tests standardisés adaptés à l'âge de l'enfant et à ses autres capacités ;
- Un examen des processus d'intégration sensorielle

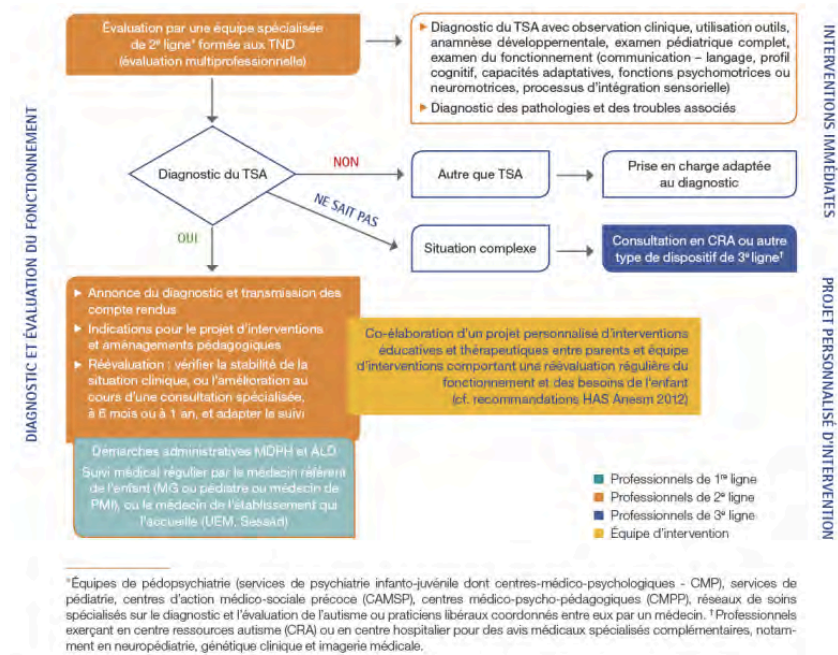


Figure n°3 : Parcours en vue d'un diagnostic de TSA chez l'enfant

#### 4. CAS PARTICULIER LORS D'UNE SITUATION COMPLEXE

Lors d'une situation complexe, les patients sont dirigés vers un dispositif de 3ème ligne dit "dispositif expert". En règle générale, les Centres Ressources Autisme (CRA) portent cette mission.

Les critères qualifiant une situation complexe sont :

- Diagnostic différentiel difficile à établir : *donner des exemples (HAS)*
- Troubles associés multiples, développementaux, somatiques, sensoriels, comportementaux, psychiatriques
- Situations particulières, comme par exemple : intrication importante avec des troubles psychiatriques ou un trouble du développement de l'intelligence de niveau de sévérité grave ou profond ; présentation clinique atténuée ou repérée tardivement ; tableaux cliniques atypiques ; etc.
- Désaccord sur le plan diagnostique (HAS, 2018)

#### C) DIFFERENCES ENTRE LE PARCOURS DE SOINS DES TND ET CELUI DE L'AUTISME

La recommandation de bonne pratique élaborée en 2020 encadre plus précisément le repérage des troubles neuro-développementaux dont l'autisme fait partie. Ce repérage s'effectue dès les périodes prénatale et périnatale à partir des facteurs de risques.

## 1. LE REPERAGE A PARTIR DES FACTEURS DE RISQUE

---

- o Si les facteurs sont considérés comme à « haut risque » l'enfant sera orienté vers une consultation spécialisée en neuro-développement auprès d'un médecin référent de 2<sup>ème</sup> ligne spécifiquement formé. Le but de cette consultation est d'affirmer ou non la présence d'anomalies dans la trajectoire développementale de l'enfant et de préciser le caractère pathologique ou non de ce décalage. Elle se différencie d'une évaluation diagnostique pluridisciplinaire.
- o Si les facteurs sont de risques modérés, l'enfant sera orienté vers une consultation de repérage effectuée par un médecin de 1<sup>ère</sup> ligne (médecin traitant, PMI ou scolaire). Cette consultation doit être suffisamment longue et avoir pour seul objectif la précision d'un éventuel décalage dans les acquisitions de l'enfant. Elle comprend un examen clinique détaillé et la recherche de signes d'alertes de troubles neuro-développementaux selon la grille « Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans » de la délégation interministérielle à l'autisme et aux troubles du neuro-développement. (Annexe 3)
- o S'il n'y a pas de facteur de risque, aucune consultation n'est prévue pour l'enfant. En revanche, la procédure habituelle reste en vigueur, à savoir si des signes d'alertes sont repérés par les professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne ou si les parents formulent des inquiétudes, alors l'orientation vers le médecin traitant (ou PMI, ou scolaire) sera recommandée afin de réaliser une consultation dédiée en soins primaires.

## 2. LES PLATEFORMES DE COORDINATION ET D'ORIENTATION DEDIEES AUX TND ET TSA

---

L'autre principale nouveauté apportée par la RBP de 2020 est la mise en place de Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) dédiée à l'autisme et aux TND via un dispositif d'intervention précoce. Selon le gouvernement, le dispositif d'intervention précoce permet d'orienter les enfants présentant des troubles du neuro-développement vers une plateforme de coordination. Il s'agit d'engager – sans attendre la stabilisation d'un diagnostic – l'intervention coordonnée de professionnels, dont des psychomotricien.ne.s, psychologues et ergothérapeutes, en plus des professionnels conventionnés, conformément aux recommandations de la HAS, avec renvoi des comptes rendus du premier diagnostic au médecin prescripteur. Ces interventions doivent permettre soit de lever le doute, soit de progresser dans le diagnostic tout en prévenant le sur-handicap. Le fonctionnement de la plateforme est résumé dans un schéma (Annexe 4).

L'orientation vers la plateforme doit être l'occasion de proposer aux familles un parcours de soins sécurisé et fluide, tout en leur garantissant sa prise en charge. D'ici la fin de l'année 2021, 100 plateformes couvriront le territoire national (Annexe 5).

### III. TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE : QUELLE PLACE POUR LA PRATIQUE ORTHOPHONIQUE EN LIBERAL ?

---

#### A) QUELS ROLES ET MISSIONS POSSIBLES POUR L'ORTHOPHONISTE EN LIBERAL DANS LE PARCOURS DE SOIN?

---

L'orthophoniste en libéral joue un rôle clé à différentes étapes dans le parcours de soin d'un enfant concerné par les TSA ou les TND. Il est important de rappeler qu'au-delà des missions qui seront explicitées par la suite, l'orthophoniste en libéral représente un professionnel de santé de proximité qui peut être confronté aux interrogations parentales. Il devra alors connaître le parcours de soin pour orienter les parents et avoir une bonne connaissance de la pathologie pour répondre à certaines de ces questions.

##### 1. REPERAGE

---

L'orthophoniste exerçant en libéral étant un professionnel paramédical, il fait partie des professionnels de première ligne concernés par le repérage. Le repérage est défini comme une recherche de signes d'alerte qui consiste à repérer, observer, déceler un ou plusieurs signes inhabituels susceptibles d'indiquer une particularité de développement (HAS 2018). Parmi les signes d'alerte cités précédemment, il est possible de remarquer que beaucoup d'entre eux sont liés à la communication (verbale ou non verbale). Il apparaît donc que le rôle de l'orthophoniste est primordial. Sa connaissance et sa capacité à repérer ces signes d'alertes et les facteurs de risques semblent donc être des enjeux importants dans la prise en soin des enfants porteurs de TSA afin d'envisager le meilleur pronostic possible pour eux.

Cette phase de repérage s'opère notamment au travers de la situation d'évaluation orthophonique (anamnèse et testing).

##### 2. PARTICIPATION AU DIAGNOSTIC : L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE

---

L'orthophoniste en libéral peut également être un professionnel de 2<sup>ème</sup> ligne dans le parcours diagnostique et donc être sollicité lors de la deuxième étape du parcours de soin d'un enfant concerné par un TSA. C'est-à-dire que l'orthophoniste en libéral peut-être sollicité pour participer au diagnostic d'un TSA par la réalisation d'une évaluation fonctionnelle du langage et de la communication.

D'une part, l'évaluation du langage et de la communication est indispensable à l'évaluation multidimensionnelle de l'enfant et d'autre part, dans les textes de la HAS, il est possible qu'un réseau de professionnels de santé coordonnés en libéral puisse mener les évaluations fonctionnelles nécessaires dans la démarche diagnostique du patient.

##### 3. DEMARRAGE DE LA PRISE EN SOIN

---

L'orthophoniste en libéral joue un rôle clé dans le parcours de soin car il est capable de dispenser des interventions précoces sans attendre le dénouement de la démarche diagnostique. Ainsi, il peut être amené à prendre en soin un patient pour lequel un TSA est suspecté en attendant d'avoir la confirmation ou non du diagnostic.

#### 4. SUIVI

---

L'orthophoniste a évidemment un rôle essentiel lors de la prise en soin de l'enfant porteur de TSA. Ce rôle ne sera que très brièvement décrit car il ne fait pas partie intégrante de l'objet de cette étude mais il est important de noter que des recommandations de bonnes pratiques existent également dans le domaine de la prise en soin. Le praticien peut s'y référer pour se repérer entre les différentes approches thérapeutiques existantes. Le rôle de l'orthophoniste sera également important dans la mise en place de l'accompagnement parental.

#### B) QUELS SONT LES OUTILS A DISPOSITION DES ORTHOPHONISTES POUR MENER A BIEN CES MISSIONS ?

---

Quel que soit le cas de figure en question : enfant nécessitant un repérage ou une évaluation fonctionnelle, le bilan orthophonique s'avère être un outil essentiel et transversal pour mener à bien cette mission d'évaluation afin de définir le soin approprié.

Le bilan orthophonique va occuper une place prépondérante dans l'accompagnement de ces personnes puisque l'évaluation initiale de la communication verbale et non verbale a un impact sur le choix des interventions, et offre une référence à partir de laquelle sera évaluée l'évolution ultérieure. Cette évaluation concerne les versants expressif, réceptif et pragmatique du langage, qu'il s'agisse du langage oral, écrit, voire de la langue des signes. Elle mesure l'étendue et le niveau des capacités de communication, la fréquence d'initiation de la communication. (Godderidge et Cabal, 2016)

Nous allons dans un premier temps détailler les principes et les objectifs d'un tel bilan puis nous allons préciser les moyens à disposition de l'orthophoniste cités dans la littérature afin de mener cette évaluation.

##### 1. BILAN ORTHOPHONIQUE : LE CADRE

---

Le bilan orthophonique doit faire l'objet d'une prescription médicale, accompagnée si possible d'éléments susceptibles d'orienter l'orthophoniste. Les prescriptions s'effectuent selon la nomenclature générale des actes professionnels.

Selon cette nomenclature en vigueur depuis juillet 2019, le bilan orthophonique lorsque le diagnostic de TSA n'est pas encore posé correspond au libellé suivant : « Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication » et cote pour un coefficient AMO (Acte Médical d'Orthophonie) 34. Lorsque le diagnostic de TSA est confirmé ou si l'existence de comorbidités est avérée il sera possible de coter un acte avec le libellé suivant : « Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité » (AMO 40)

Selon le cas de figure, l'orthophoniste peut retrouver deux types de prescriptions sur l'ordonnance du patient :



- “Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire” L’orthophoniste envoie le compte-rendu au médecin prescripteur en mentionnant son diagnostic et l’éventuelle nécessité de séances de rééducation.
- “Bilan d’investigation” Il s’inscrit dans le cadre d’une demande d’examens complémentaires pluridisciplinaires. L’orthophoniste envoie le compte-rendu au médecin prescripteur en indiquant le diagnostic et les propositions de traitement.

## 2. BILAN ORTHOPHONIQUE : COMPOSITION ET PASSATION

Dans le cadre de cette étude, nous distinguerons deux profils d’enfants différents : les enfants sans langage et les enfants en cours d’acquisition du langage. Du fait de la diversité des profils des enfants présentant des troubles du spectre autistique le découpage selon des tranches d’âge semblait moins pertinent. Les trames d’évaluation pour ces deux profils se recoupent selon certains aspects et doivent bien sûr être obligatoirement adaptées au cas individuel de l’enfant. L’utilisation de tests standardisés, en complément d’une évaluation qualitative, est recommandée lorsque cela est possible (HAS, 2018).

### TRAME D’EVALUATION ET CONDITIONS DE PASSATION

Il sera généralement nécessaire d’adapter les conditions de passation de l’évaluation du fait des particularités comportementales présentées par les enfants porteurs de TSA (Tourette, 2006 citée par Coudougnan, 2012). On peut noter quelques principes de réalisation du bilan orthophonique : pièce claire, sans trop de stimuli visuels et/ou auditifs pour établir la sobriété de l’environnement et la tranquillité ; filmer si possible l’examen pour être plus disponible auprès de l’enfant (Courtois du Passage et Galloux, 2004).

“Il est donc important de garder le cadre théorique de l’évaluation et de tenir compte des adaptations dans l’analyse de l’évaluation “ (Tourette, 2006 cité par Coudougnan, 2012).

Pour les enfants non ou très peu verbaux, l’examen des capacités de communication repose essentiellement sur l’observation structurée du comportement et de la communication globale en situation de jeux, de conversation ou de jeux de rôle.

L’orthophoniste appréciera d’une façon générale :

- le contact de l’enfant avec l’adulte et les prérequis nécessaires au développement langagier (contact visuel, interactions, attention conjointe, imitation, tour de rôle...) ainsi que l’utilisation des signaux socio-affectifs (regard dirigé, expression faciale) ;
- les habiletés pragmatiques avec la présence d’actes de communication et leurs fonctions (demandes, demandes d’aides, refus, manière d’attirer l’attention). Il sera nécessaire d’analyser si ces comportements socio-communicationnels sont adaptés ou non. L’évaluation de ces habiletés est essentielle mais encore malaisée à effectuer pour les praticiens du fait notamment de la grande variabilité sociale dans ce domaine. La pragmatique étant un “pas de deux” dépendant aussi bien des capacités du locuteur que de celle de l’interlocuteur, il est primordial d’appréhender les modes de

communication dans l'environnement familial de l'enfant afin de compléter l'évaluation. (Monfort, 2007)

- l'état affectif et attentionnel (fatigabilité, attention, réaction à la frustration, régulation du comportement) ;
  - les modalités non verbales (gestualité, expression faciale, pointage...) et les possibles atypicités présentes;
  - l'articulation de la parole et praxies bucco-faciales dont la prise alimentaire.
  - la qualité de la voix et la prosodie
  - l'intérêt pour le matériel (utilisation conventionnelle ou atypique, manipulations stéréotypées et non fonctionnelles de l'objet) ;
  - le jeu symbolique ;
  - les particularités sensorielles (réponses atypiques tactiles, auditives, visuelles et olfactives).
- (Courtois du Passage et Galloux, 2004 ; Godderidge et Cabal, 2016)

Pour les enfants en cours d'acquisition du langage, s'ajoute l'évaluation des capacités réceptives et expressives du langage formel et de son utilisation fonctionnelle (Godderidge et Cabal, 2016).

Il est utile de préciser que le bilan orthophonique ne peut se faire sans une anamnèse détaillée permettant de repérer d'éventuels facteurs de risques de TND ou de TSA ainsi que certains signes d'alerte. En ce qui concerne l'anamnèse, il est important de noter que « dans 95 % des cas, les inquiétudes des parents se sont révélées justes, ce sont encore aujourd'hui les meilleurs indicateurs d'un risque d'autisme. » (HAS, 2018).

La place accordée aux parents lors du bilan est donc primordiale car cela va permettre notamment au clinicien d'éliminer certaines hypothèses diagnostiques et tenter d'en tester d'autres mais également de choisir le matériel adapté pour l'évaluation. C'est grâce aux parents que l'orthophoniste pourra retracer l'histoire de la communication et du langage de l'enfant. De par leur présence, celui-ci pourra également analyser les interactions parents / enfants afin de pouvoir envisager ou non un plan thérapeutique d'accompagnement parental. Certains outils sont à la disposition du thérapeute pour mener cet entretien de la manière la plus fluide possible : le choix de la formulation des questions, l'empathie, le choix du canal de communication (Estienne, 2002) et d'autres encore. Ils sont pour la plupart détaillés dans Dialogoris 0/4 (Antheunis et al., 2010).

## OUTILS

Chacune des différentes dimensions cognitives et socio-communicatives citées précédemment, fonctions-pivots du développement, sont à évaluer de façon précise et individualisée, à l'aide d'outils cliniques spécifiques, afin de permettre la mise en place de stratégies thérapeutiques et psycho-éducatives précoces parfaitement adaptées à l'enfant avec autisme et à ses particularités (Thiébaud et al., 2010 cités par Blanc et Archambault, 2016). Nous allons présenter quelques outils adaptés à leur évaluation :

## EVALUATION DES PRECURSEURS DE LA COMMUNICATION

L'évaluation des précurseurs de la communication est incontournable notamment chez les enfants non-verbaux ou ayant très peu de langage. Pour ce faire, nous citerons deux principaux outils proposant des situations de jeu ou de communication semi-dirigées. L'ECSP (Echelle d'évaluation de la Communication Sociale Précoce) recommandée par la Fédération Française de Psychiatrie (2005) ainsi que par la Haute Autorité de Santé (2010). Elle est proposée aux enfants âgés de 3 à 30 mois ou plus tardivement chez l'enfant porteur de TSA, les limites supérieures étant situées à la production de phrases de deux ou trois mots. Le matériel est composé d'objets sociaux (biberon, brosse, téléphone), de jouets, de livres et de posters. On évalue dans des situations précisément décrites les trois grandes fonctions des relations sociales : interaction sociale; attention conjointe et régulation du comportement (Courtois du Passage et Galloux, 2004 ; Guidetti et al., 2016)

De la même manière, l'outil EVALO BB mêlant protocole d'observation et d'évaluation propose des situations semi-structurées permettant d'analyser plusieurs dimensions des précurseurs de la communication. (Coquet, 2010)

## EVALUATION DES COMPETENCES PRAGMATIQUES

Les tests sont peu nombreux à être étalonnés sur une population française pour la tranche d'âge concernée par cette étude. Il est tout de même possible de citer le test de Shulman révisé ou certains subtests d'EVALO 2-6 (3 tâches normalisées pour les plus âgés ainsi qu'une grille d'observation des habiletés pragmatiques). De plus, ils demandent un niveau de langage (pour comprendre les consignes et y répondre) qui les rend inapplicables à la plupart des enfants présentant ce genre de difficultés, surtout en bas âge (Monfort, 2007). A cela s'ajoute le fait que les enfants ne sont pas toujours en mesure de réaliser les tâches demandées (anxiété, fatigue) (Kern, 2007). Par conséquent les alternatives possibles sont :

- L'analyse d'échantillons d'interactions naturelles : films familiaux par exemple. Le but étant de mettre en évidence certaines habiletés simples à identifier ou d'observer au contraire certains comportements inadéquats. L'analyse détaillée du langage utilisé dans les vidéos est possible (à l'aide du protocole de transcription de Witko (2005) par exemple) mais reste très chronophage pour les praticiens.
- Les situations interactives dirigées : série de comportements cibles que l'on peut essayer de faire émerger au moyen d'une situation de jeu partagé (Bain des Poupées) (Monfort, 2007).

Il est important de noter que l'évaluation des compétences pragmatiques n'est pas totalement cloisonnée et nous pouvons retrouver des indices du fonctionnement pragmatique d'un individu transversalement lors de la passation d'autres épreuves (langage formel par exemple).

## EVALUATION DE LA SENSORIALITE (ORALITE INCLUSE)

Parmi les outils existants, nous pouvons citer le profil de Dunn ou EVALO BB (nouvelle version). Il existe également des grilles d'analyse pouvant étayer le bilan, telles que :

- l'examen de la sensibilité de D. Crunelle (2006) : exploration du réflexe nauséeux, réflexe de mordre, sensibilité tactile, réactions aux ustensiles de l'alimentation, sensibilité thermique et sensibilité gustative,
- les stades d'hyper-sensitivité orale et tactile de V. Leblanc (2009),
- les stades du réflexe nauséeux et les stades de refus alimentaire de C. Senez (2002),
- le profil alimentaire pour les enfants présentant un TED de G. Nadon (2007) (Grosbois et Zacharie, 2015)

### EVALUATION DU LANGAGE FORMEL

Les différents domaines appartenant au langage formel (à savoir phonologie, lexicale, morpho-syntaxe, prosodie) seront à évaluer à la fois sur les versants réceptif et expressif dans la limite des possibilités et de la disponibilité de l'enfant. Les batteries composites ou certains tests classiquement utilisés lors des bilans de langage oral peuvent être employés par l'orthophoniste (liste non exhaustive servant à titre d'exemple : Exalang, EVALO, ELO, CELF, TVAP, EVIP, O-52, E.CO.SSE, NEEL etc.). Si l'enfant n'est pas en capacité d'accéder à ce type de situation d'évaluation, certains tests plus spécifiques peuvent être utilisés comme le REYNELL qui offre des possibilités aux enfants ne répondant pas de manière verbale et/ou ne répondant que par le pointage (Ferlay, 2012). L'évaluation qualitative vient compléter les observations faites lors des tests.

### UTILISATION DE COMPTE-RENDU PARENTAUX ET/OU QUESTIONNAIRES

Un compte rendu parental se présente sous la forme d'un questionnaire standardisé destiné aux parents. Certains outils sont plutôt ciblés sur la communication comme c'est le cas de la CCC2 de Bishop ou de la Grille de Wetherby et Prutting mais d'autres cherchent à retracer le développement du langage de manière plus globale (IFDC, IDE) (Ferlay, 2012). Enfin certaines batteries proposent également des questionnaires afin de compléter les observations faites lors des tests : c'est le cas dans les batteries EVALO BB ou EVALO 2-6. Sur le même principe, dans la batterie CELF (3-6 et 5-8 ans), il existe une grille uniquement centrée sur l'évaluation de la pragmatique. Un des avantages de la passation d'échelles ou de questionnaires est que ceux-ci sont généralement rapides à coter. Ces échelles restent assez subjectives et il est conseillé de les faire passer à un nombre de personnes suffisant dans l'entourage de l'enfant afin de faire la moyenne. (Monfort, 2007)

### LA DEMARCHE CLINIQUE

Jusqu'à présent, les principaux moyens cités correspondent à des outils d'évaluation standardisés comme mentionné dans les RBP. "S'il est nécessaire d'utiliser des instruments standardisés pour le diagnostic, la démarche diagnostique ne peut se résumer à leur utilisation qui n'est qu'une aide au jugement clinique" (HAS, 2018). Il va sans dire que l'intuition clinique et l'observation qualitative du patient sont essentielles à l'évaluation et constituent des moyens à part entière à la disposition du thérapeute. Ceux-ci sont à utiliser de manière transversale durant toutes les phases de l'évaluation. Comme l'explique Françoise Coquet (2010) à propos d'EVALO BB : "Cette évaluation ne doit pas pour autant limiter l'appréciation des conduites de communication de l'enfant au comportement

observé dans ce cadre et les réduire au score obtenu à une épreuve/activité à un moment donné. Les éléments d'observation clinique recueillis conjointement participent également à une meilleure compréhension du comportement de l'enfant" (Coquet, 2010)

L'intuition clinique fait partie de la démarche clinique, comme elle est intégrante de la démarche expérimentale, à titre d'hypothèse de départ et de guide dans l'interprétation des résultats. Elle doit être confrontée avec les données recueillies. Il importe qu'elle soit raisonnée et informée » (Rondal, 1977 cité par Coquet et Roustit, 2007).

# PARTIE PRATIQUE

---

---

## I. METHODE

---

### A) RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ETUDE

---

#### 1. OBJECTIFS

---

L'objectif prioritaire de cette étude est d'améliorer la qualité de vie des personnes porteuses de TSA ainsi que de leurs familles. Pour ce faire, notre réflexion portera sur les pistes d'amélioration possibles des phases de repérage et de diagnostic précoce de TSA en se concentrant sur notre domaine d'expertise : l'orthophonie. En effet, un repérage et un diagnostic précoce impliquent un meilleur pronostic pour le patient. En effet selon la HAS (2018) :

Les données actuelles de la recherche plaidant en faveur d'une intervention la plus précoce possible, pour un meilleur pronostic développemental, le diagnostic précoce est la case départ indispensable pour accéder à des réponses pédagogiques, éducatives, thérapeutiques adaptées et efficaces.

Afin d'améliorer les pratiques orthophoniques lors des phases de repérage et de diagnostic d'un TSA, il est tout d'abord impératif de dresser un état des lieux de ces pratiques. Cet état des lieux, dressé par notre étude, aura pour objectif d'identifier les potentiels manques et besoins dans les pratiques orthophoniques.

#### 2. DEFINITION DES HYPOTHESES

---

Afin d'étudier les besoins, nous avons ciblé trois dimensions pour tenter de cerner une grande partie des pratiques orthophoniques. Ces trois dimensions forment nos trois sous-hypothèses :

H1 : Il existe des besoins en termes d'intégration des recommandations à la pratique orthophonique libérale dans le domaine du repérage et de l'évaluation fonctionnelle précoces des troubles du spectre autistique.

Pour aller plus loin, on se demande à quel niveau ces besoins se font-ils sentir ?

H1.A = des besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les anomalies précoces de fonctionnement propres à l'autisme

H1.B = des besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les moyens et outils qui existent pour investiguer ces anomalies

H1.C = des besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne le parcours diagnostique et les procédures d'orientation du patient

Afin d'être en capacité de valider ou d'invalider ces hypothèses, nous avons formulé plusieurs questions interrogeant chacune des 3 dimensions. Les réponses à ces questions constitueront un indice auquel sera attribué un score en fonction de leur distribution dans l'échantillon. Pour des raisons d'économie, le score ne sera pas attribué à chaque classe déterminée par la distribution des réponses mais il se présentera sous la forme d'un score seuil de 70 % commun pour les trois hypothèses. Si 70 % ou plus des orthophonistes maîtrisent une notion ou un outil alors aucun besoin ne sera identifié. Si cette proportion est moindre alors un besoin sera identifié et caractérisé par de plus amples analyses. En effet, au niveau théorique, ce seuil de 70 % paraît cohérent avec la réalité du terrain - ni trop, ni trop peu ambitieux - puisqu'il représente environ deux orthophonistes sur trois qui seraient formés en accord avec les recommandations de bonnes pratiques actuelles et permet de refléter l'éventuelle non-appétence de certains professionnels en ce qui concerne les troubles du spectre autistique.

---

## B) POPULATION CIBLE

---

Cette étude cible les pratiques orthophoniques libérales car elles représentent une grande majorité numérique dans le paysage professionnel orthophonique : selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) au 1er janvier 2019, 20787 orthophonistes travaillent en libéral sur 25 607, soit environ 81 %.

Ainsi face à ces chiffres, il est évident que les patients concernés par les TSA seront dans la nécessité de consulter un.e orthophoniste en libéral. L'étude de leurs pratiques est donc justifiée. Les orthophonistes libéraux ont une position particulière qui est intéressante pour cette étude du fait de leur appartenance à la première ligne du parcours de soin des enfants concernés par les TSA.

Le critères d'inclusion pour cette étude est :

- exercer en tant qu'orthophoniste en libéral (au moins partiellement) en France (métropole ou territoires d'outre-mer).

---

## C) MATERIEL

---

### 1. CHOIX DE LA METHODE

---

Afin de faire l'état des lieux des pratiques orthophoniques, un questionnaire auto-administré en ligne est apparu comme une méthode permettant de recueillir un maximum de réponses en un minimum d'efforts pour les participants à l'enquête.

### 2. OBJET D'ETUDE

---

Les pratiques orthophoniques libérales seront interrogées dans le cadre d'une rencontre avec la population des enfants de moins de 7 ans.

La population pédiatrique a été choisie car une des visées de l'étude est de favoriser les interventions précoces comme la recherche le préconise. Ainsi il est plus intéressant d'étudier les pratiques orthophoniques sur une population allant de 0 à 6 ans (inclus).

Cette limite d'âge de 7 ans a été choisie afin d'être cohérente avec le découpage choisi par le gouvernement lors de la mise en place des plateformes de repérage et de diagnostic des troubles neuro-développementaux dont fait partie le TSA qui prend en charge les enfants jusqu'à 7 ans.

D'un point de vue orthophonique, cette limite d'âge de 7 ans où le langage écrit s'installe a également été choisie pour des raisons de faisabilité et d'économie dans le questionnaire.

Les pratiques orthophoniques libérales seront interrogées dans le cadre d'une première rencontre avec la population des enfants de moins de 7 ans.

En effet, cette étude va cibler le temps de la première rencontre avec l'orthophoniste c'est-à-dire les pratiques anamnestiques et d'évaluation pour deux raisons principales :

- Comme dit précédemment, cette étude vise une amélioration de la prise en soin des patients TSA en commençant par s'intéresser à l'efficacité des phases de repérage, de diagnostic et d'orientation. Il semble approprié de s'intéresser à l'anamnèse, à l'évaluation et à la restitution du bilan pour cibler ces phases.
- S'il existe aussi des recommandations en terme de rééducation qui ont aussi pour but d'améliorer la prise en soin des personnes TSA, il n'était pas possible de les inclure dans le questionnaire pour des raisons de faisabilité.

Les différents cas où l'orthophoniste serait susceptible de mettre à profit les connaissances spécifiques au repérage et/ou à l'évaluation des anomalies de fonctionnement dans le cadre d'un TSA sont :

- Une consultation pour une plainte concernant le langage oral et la communication
- Une consultation pour une suspicion de trouble neuro-développemental : Un retard de développement dans les premières acquisitions pourrait être repéré par le médecin traitant ou le pédiatre par exemple.
- Une consultation avec une suspicion de TSA déjà établie

La formulation des questions de l'enquête s'efforcera de rester assez générale pour que les orthophonistes puissent y répondre quelles que soient les situations cliniques vécues. Le but étant de pouvoir aborder toutes les dimensions relatives au repérage et à l'évaluation fonctionnelle d'un trouble du spectre autistique. Les 3 dimensions principales sont celles exprimées par nos trois sous-hypothèses décrites précédemment.

Ces trois dimensions n'ont pas le même poids selon le cas rencontré. A titre d'exemple, si la suspicion de TSA est déjà avérée, le rôle de l'orthophoniste sera davantage porté sur l'évaluation en elle-même : savoir quels aspects investiguer et par quels moyens plutôt que sur le repérage. A l'inverse, lors d'une plainte concernant la communication et le langage oral, l'orthophoniste devra être plus attentif aux signes d'alertes et aux facteurs de risque pour ne pas « passer à côté » d'un éventuel TSA.



Nous distinguerons évidemment dans ces trois éventualités des différences interindividuelles. En effet, toutes les premières rencontres avec un enfant de moins de 7 ans consultant, par exemple pour une suspicion de TSA, ne sont pas les mêmes. Ces différences induisent que les savoirs mobilisés par les orthophonistes ne seront pas les mêmes en fonction de l'enfant rencontré que ce soit au niveau théorique (connaissance des signes d'alertes, des anomalies de fonctionnement) ou pratique (moyens et outils mis en œuvre).

Pour des raisons de faisabilité nous avons décidé de regrouper ces différences interindividuelles en fonction du niveau de l'enfant selon deux profils principaux :

- Enfant sans langage
- Enfant en cours d'acquisition du langage.

### 3. CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE

---

Le questionnaire complet est accessible dans les annexes. (Annexe 6)

#### CHOIX DE LA PLATEFORME

Le choix de la plateforme de conception s'était initialement porté sur LimeSurvey qui offrait plus de fonctionnalités et était plus robuste au niveau de la sécurité des données. Après entretien avec le personnel de l'université, il s'est avéré que l'accès à LimeSurvey pour les étudiants n'était pas encore mis en œuvre à l'heure de la conception du questionnaire de cette étude. L'accès à LimeSurvey en tant que particulier (hors rattachement à l'université) est payant pour les fonctionnalités qui étaient intéressantes pour notre étude : le nombre de réponses recueillies étant limité dans la version gratuite. Ainsi, sur les conseils des services de l'université, la plateforme Google Forms a été choisie.

#### CONSENTEMENT ET RECUEIL DES DONNEES

Le questionnaire est anonyme avec la possibilité pour les répondants à l'enquête de renseigner leur adresse e-mail afin de connaître les résultats de l'étude ou d'éventuellement participer aux suites de celle-ci. La mention de l'adresse électronique est totalement facultative. La conservation des données s'étend uniquement sur la durée de cette étude pouvant être poursuivie par plusieurs projets de mémoires en orthophonie. L'utilisation des données recueillies grâce au questionnaire est strictement limitée aux besoins de cette étude. Ces modalités sont explicitées aux répondants à l'enquête dans le texte introductif du questionnaire. Ils consentent à celles-ci en soumettant leurs réponses à l'enquête.

#### ARCHITECTURE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est composé de 33 questions réparties en huit parties, à savoir :

1. Texte introductif : sert à expliciter les objectifs de l'étude, les consignes de passation de l'enquête ainsi que les modalités de conservation et d'utilisation des données recueillies.
2. Profil et modalités d'exercice : sert à recueillir des données permettant de caractériser la population des répondants et à vérifier sa représentativité de la population générale des orthophonistes en libéral. Ces questions ne seront que peu exploitées dans notre étude mais sont présentes dans l'étude à titre anticipatoire, c'est-à-dire en vue d'une poursuite de cette étude.
3. Généralités : permet de poser les questions annexes notamment sur la gestion de l'emploi du temps ou sur les références théoriques utilisées préférentiellement par les orthophonistes.
4. Signes d'alertes et particularités de fonctionnement liés aux TSA
5. Moyens et outils d'évaluation
6. Le parcours diagnostique

Les parties 4, 5, 6 correspondent aux trois sous hypothèses posées en début d'étude et permettent de les investiguer.

7. Auto-évaluation : permet de voir comment les orthophonistes situent leurs propres connaissances et d'évaluer la demande de formation éventuelle dans ce domaine.
8. Remerciements : permet de remercier les participants pour leur contribution, de leur laisser un espace pour noter leurs remarques éventuelles et/ou leur adresse e-mail s'ils le souhaitent.

## FORMULATION DES QUESTIONS ET MODALITES DE REPONSES

Plusieurs points de vigilance quant à la formulation des questions ont été déterminés :

- S'assurer d'utiliser un vocabulaire le moins spécifique possible afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions par des orthophonistes peu ou pas sensibilisés aux troubles du spectre autistique. La syntaxe des questions doit être la plus simple pour favoriser une lecture et une compréhension fluide, il est donc recommandé d'éviter les négations ou les doubles négations (De Singly, 2020).
- Limiter la suggestibilité des questions : s'assurer d'être le plus neutre possible. Comme l'explique De Singly (2020): "La formulation des questions ne doit désavantager aucune réponse a priori et ne pas indiquer par le choix des mots, des modalités, la bonne réponse que la majorité des personnes interrogées estiment devoir fournir. La passation d'un questionnaire s'apparente, pour partie, à un examen. Les individus de l'échantillon cherchent souvent à savoir quelle est la réponse légitime." Afin de minimiser cet effet, l'équilibre entre les réponses positives et les réponses négatives proposées constitue donc une des conditions minimales (De Singly, 2020). Il s'agit également d'être vigilant à l'ordre des questions afin que les participants ne puissent pas déduire ce qu'on attend d'eux en fonction des questions précédentes.

- Ne pas paraître jugeant ou intrusif : s’assurer que le questionnaire ne soit pas perçu comme un “contrôle de connaissances” des orthophonistes. Le but de cette enquête étant de réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques, nous pouvons nous attendre à ce que certains orthophonistes ne soient pas à l’aise ou peu expérimentés dans ce domaine d’exercice. François de Singly (2020) aborde cette notion : “Quand les personnes sont soumises à un interrogatoire de ce type et qu’elles ont peu de pratiques correspondant à cette définition, elles sont amenées à choisir des réponses (des « non », des « presque jamais ») qui risquent de leur faire perdre la face et d’en avoir conscience. Elles peuvent se réfugier dans le silence, ou plus souvent dans la bonne volonté culturelle, c’est-à-dire dans des réponses qui favorisent la meilleure image possible d’elles-mêmes dans le contexte de l’enquête.” Pour pallier cet effet, deux solutions sont proposées :
  - d’une part la présence de réponses multiples qui permettent de montrer aux répondants “qu’ils ont le droit à la diversité de leurs pratiques (il faut veiller à ce que l’ordre des modalités ne reproduise pas l’ordre de la légitimité des activités)” (De Singly, 2020)
  - d’autre part, la formulation avec une introduction du type “pensez-vous que” ou “selon vous” qui permet de diminuer “la pression normative contenue implicitement dans les questions” et ainsi de montrer au répondant “qu’il est possible de « penser » par soi-même.” (De Singly, 2020)

A ces points de vigilance s’ajoutent des exigences de pertinence et de quantité.

Au niveau de la pertinence, une question doit avoir un but précis. Selon François de Singly (2020) : “il est facile de faire des questions, il est plus difficile de décider si elles sont pertinentes ou non. La confection d’un questionnaire repose sur la réduction de la réalité, sur la sélection des informations les plus pertinentes. D’où un principe simple : la première version d’un questionnaire doit inclure après le libellé la justification de chaque question.” (Annexe 7 et 7bis) Ainsi, afin de sélectionner les informations pertinentes, il était important au niveau méthodologique d’adopter une approche déductive et de procéder dans un premier lieu à la rédaction de la partie théorique de cette étude afin de savoir comment orienter le questionnaire (Roussel, 2005).

Au niveau de la quantité, les questions doivent être à la fois suffisantes afin de pouvoir avoir assez d’informations pour confirmer ou infirmer les hypothèses. En effet “le besoin de poser plusieurs questions pour approcher une notion ou une dimension des notions étudiées repose sur deux principes :– l’imperfection de la mesure, étant donné les conditions de déroulement de toute enquête ;– l’imperfection de l’indicateur, étant donné le fait qu’aucune question ne peut jamais approcher de manière entièrement satisfaisante la notion” (De Singly, 2020). Dans le cas de la présente étude, il existe respectivement 3, 5 et 4 questions pour approcher chaque sous-hypothèse.

Cependant, il est à noter qu’elles ne doivent pas non plus être trop nombreuses afin d’éviter les redondances et la démotivation des répondants. Pour répondre à cette exigence, le temps de passation du questionnaire a été contrôlé lors de la phase de pré-test (détaillée plus loin dans le

texte). Une moyenne de 10 minutes a été constatée lors de cette phase, ce qui est apparu comme convenable car les participants au pré-test l'ont jugé de longueur moyenne. L'effet de pesanteur lié à la longueur n'a donc pas été relevé.

En ce qui concerne la typologie des questions présentes dans le questionnaire, on compte :

- 27 questions fermées,
- 3 questions mixtes, c'est-à-dire qu'il existe à la fois des modalités de réponses anticipées mais aussi une catégorie "autre" où le participant peut s'exprimer en ses propres termes,
- 4 questions ouvertes dont 3 qui sont facultatives (remarques éventuelles, renseignement de l'adresse e-mail ou de références théoriques supplémentaires). La seule question ouverte obligatoire concerne l'âge, ce qui n'occasionne pas de coût de codage des réponses puisque celles-ci sont déjà toutes sous la même forme (numérique).

On remarque donc que la grande majorité des questions de l'enquête représente des questions fermées. Ce choix s'explique par des raisons de faisabilité en accord avec les propos de De Singly (2020) qui affirme que "le mieux est d'adopter un compromis entre questions ouvertes et questions fermées, le primat étant accordé aux dernières, avant tout, pour des raisons d'économie."

A propos des modalités de réponses :

Comme expliqué précédemment, les modalités de réponses dans l'étude sont, en règle générale, symétriques, c'est-à-dire avec autant de réponses positives que négatives. Le choix a été fait de proposer des échelles d'intervalle à support sémantique (ici les fréquences et la quantité) aux répondants (Roussel, 2005). Les échelles de fréquence, au nombre de 5 dans l'étude, correspondent aux propositions suivantes : "jamais", "rarement", "fréquemment" et "toujours" ou "très fréquemment" selon le cas. Les échelles de quantité, au nombre de 6 dans l'étude, correspondent aux propositions suivantes : "pas du tout", "peu", "plutôt" ou "totalement". Selon la notion interrogée (légitimité ou fiabilité par exemple) les modalités de réponses sont adaptées à la question et peuvent prendre cette forme : "pas du tout fiable", "peu fiable", "plutôt fiable" et "fiable" (sous-entendu totalement fiable). Lorsque le cas s'y prête une illustration peut accompagner les modalités de réponse pour aider le répondant à y mettre du sens.

Exemple de la question 11 :

Accueillez-vous des personnes porteuses de TSA dans votre patientèle ?

- Non, jamais ou de manière exceptionnelle
- Rarement (moins de 10% de ma patientèle)
- Fréquemment (10-25% de ma patientèle)
- Très fréquemment (plus de 25% de ma patientèle)

Les autres modalités de réponses proposées sont induites par la question : liste des départements ou des centres de formations par exemple, ou sont de type "oui/non".

Comme vu précédemment, les modalités de réponses proposées dans les échelles de fréquence ou de quantité sont au nombre de quatre, soit un nombre pair. Ceci est un choix permettant d'éviter une position de réponse "centriste" et ainsi quoi qu'il arrive dégager une tendance dans les réponses des participants. Il n'existe pas de consensus sur le bénéfice ou le désavantage de proposer des réponses neutres dans un questionnaire mais celles-ci "sont critiquées car elles peuvent servir de position refuge" (De Singly, 2020). Pour contrebalancer ce parti pris et laisser une position d'ouverture aux participants lorsque cela s'y prête, l'option "non concerné.e" a été proposée dans les modalités de réponse à 8 reprises.

### PRE-TEST ET VALIDATION D'EXPERTS

Etant donné que le questionnaire se présente sous une forme auto-administré en ligne, il était primordial au niveau méthodologique de s'assurer :

- du bon fonctionnement technique : présentation de l'interface conforme, bon fonctionnement du lien d'accès au questionnaire, de la complétion des réponses etc.
- de la clarté suffisante des questions pour des orthophonistes dits "tout-venant"
- de l'adéquation des modalités de réponses proposées.

Ainsi, une phase de pré-test a été organisée avec le concours de quatre orthophonistes tout-venants c'est-à-dire sans spécialisation particulière dans le domaine des TSA. L'organisation de la phase de pré-test était la suivante :

- Remplissage de l'enquête dans les conditions "réelles" de passation en se chronométrant
- Réponse à un deuxième questionnaire afin de connaître les impressions et les éventuels problèmes rencontrés par les participants au pré-test.

Une fois les quatre participants ayant complété les deux questionnaires, un inventaire des remarques recueillies à été fait afin de procéder aux modifications nécessaires.

Il semblait également important au niveau méthodologique de s'assurer de la pertinence théorique du contenu et du déroulé des questions de l'enquête. C'est pourquoi une phase de pré-test "expert" a également été organisée. Tout d'abord, les directrices de cette étude ont procédé à une vérification de l'enquête et ont suggéré des modifications qui ont été effectuées. Puis, afin de bénéficier de plus d'objectivité, deux orthophonistes expertes supplémentaires ont été sollicitées. Le critère d'expertise a été défini en fonction de leurs lieux d'exercice respectifs : structures spécialisées dans la prise en soin des personnes porteuses de TSA et TND (CRA et SESSAD).

### DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

La diffusion du questionnaire s'est étendue du 10 décembre 2020 au 18 janvier 2021 soit sur cinq semaines. Celle-ci s'est faite par l'intermédiaire des syndicats ou union d'orthophonistes ayant accepté de diffuser le questionnaire à leur mailing-list d'orthophonistes : SROPL (Pays de la Loire), SROAL (Alsace), et URPS Nouvelle-Aquitaine. Afin de compléter cette diffusion et recueillir suffisamment de réponses pour dégager des résultats significatifs, le réseau social Facebook a été utilisé. Le questionnaire a été publié sur les groupes régionaux et/ou départementaux des

orthophonistes avec accord préalable des personnes administratrices des groupes. Enfin, le questionnaire a également été diffusé par mail aux orthophonistes dont nous disposons des adresses e-mail. La diffusion via l'angle géographique (syndicats et groupes Facebook départementaux et/ou régionaux) a été choisie afin de toucher un maximum d'orthophonistes sans distinction de pratique. L'enquête a été partagée accompagnée d'un texte explicatif (Annexe 8).

#### 4. TRAITEMENT DES DONNEES

---

Pour faciliter le traitement des données, chaque question a été reliée à l'hypothèse qu'elle est censée approcher. Ainsi, on trouve le découpage suivant (Annexe 9) :

- a. Q 1, 2, 3, 4 : vérifier la représentativité de l'échantillon
- b. Q 11, 12, 15, 16, 18 : décrire de manière générale les pratiques des orthophonistes
- c. Q 19, 20, 21 : déterminer les éventuels besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les anomalies précoces de fonctionnement propres à l'autisme
- d. Q 22, 23, 24, 25, 26 : déterminer les éventuels besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les moyens et outils qui existent pour investiguer ces anomalies
- e. Q 27, 28, 29, 30 : déterminer les éventuels besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne le parcours diagnostique et les procédures d'orientation du patient
- f. Q 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 13, 14, 17 : amorcer l'analyse des pistes explicatives des résultats obtenus
- g. Q 31, 32 : évaluer l'intensité de la demande des orthophonistes pour une réactualisation des connaissances

Ainsi, la priorité sera donnée aux parties c), d) et e) afin de pouvoir confirmer ou infirmer les hypothèses principales de cette étude. Les autres parties même si elles ne sont pas directement en lien avec les hypothèses sont intéressantes à étudier :

- La partie a) est indispensable d'un point de vue statistique pour évaluer la robustesse et la représentativité des résultats obtenus
- Les parties f) et g) sont intéressantes afin de pouvoir dégager des pistes explicatives à nos résultats. Elles ne pourront pas être traitées de manière exhaustive pour des raisons de faisabilité mais existent en partie à titre anticipatoire (en vue d'une éventuelle poursuite de cette étude). Ce choix a été fait afin de faciliter la poursuite de ce mémoire : il s'agit d'une part d'éviter une phase supplémentaire de collecte de données, à la fois pour les enquêtés et pour le futur enquêteur.

Avant de procéder à l'analyse des résultats, une phase de codage a été nécessaire pour les questions ouvertes (Q 14,17, 25, 26). Pour cette phase, les occurrences présentes un nombre trop faible de fois n'ont pas été retenues (De Singly, 2020) tandis que les occurrences similaires ont été regroupées entre elles. Une précision est nécessaire en ce qui concerne le codage des questions 25 et 26 : en effet, dans la partie théorique, il est question de distinguer deux trames d'évaluations différentes correspondant aux profils des enfants, d'une part non-verbaux et d'autre part en cours

d'acquisition du langage. Cette distinction est apparue pertinente du fait de la grande variabilité des profils présentés par les enfants porteurs de TSA. Elle est d'ailleurs reprise dans le questionnaire aux questions 23 et 24. Cependant pour le codage des réponses aux Q 25 et 26 qui concernent à la fois les tests et les grilles utilisées par les orthophonistes lors d'une évaluation d'un enfant peu ou pas verbal, il a été impossible de reprendre cette distinction. Il aurait été pourtant intéressant de classer les outils d'évaluation en fonction de leur capacité à tester les enfants non-verbaux versus en cours d'acquisition du langage. Cependant de nombreux tests recourent ces deux versants, il y aurait alors eu des redondances. De plus, l'accès aux détails du contenu des différents tests était compliqué à moins de les acheter, et n'en analyser que quelques-uns aurait été réducteur de la diversité des réponses du panel d'orthophonistes et donc biaisé. Enfin, le codage selon l'âge de l'étalonnage des tests s'est donc imposé. Cette répartition présente un intérêt non négligeable, à savoir celui de savoir si les orthophonistes disposent d'outils standardisés recouvrant toutes les tranches d'âges d'enfants susceptibles d'être évalués. En effet, la HAS recommande autant que faire se peut d'utiliser des outils standardisés. Les variables retenues pour caractériser les outils cités dans les réponses des orthophonistes concernent trois domaines : la standardisation ou non du matériel, la tranche d'âge concernée, le domaine évalué divisé en deux (langage formel ou fonctionnel). Ce sont les suivantes :

- standardisé
- non standardisé
- 0-3 ans
- 3-6 ans
- Langage formel
- Langage fonctionnel

Il est bien sûr évident que les variables peuvent se cumuler entre elles sur un même item. Ainsi toutes les réponses données par les orthophonistes ont été listées puis traduites selon les variables établies. Pour cela, il a fallu rechercher les caractéristiques de chaque outil cité : elles sont répertoriées dans un tableau situé en annexe (Annexe 10). Quelques réponses ont été exclues, et ce pour différentes raisons :

- outil n'appartenant pas à la catégorie de la question : par exemple, si un questionnaire est cité dans les réponses à la question concernant les tests (Q25) alors il est exclu.
- outil n'appartenant pas à la tranche d'âge ciblée par l'étude (ou ayant une tranche d'âge trop limitrophe avec un étalonnage commençant à 5 ans par exemple)
- outil n'étant pas dans le champ de la pratique orthophonique
- outil cité très peu de fois et étant trop marginal ou trop ancien sur lequel pas assez d'informations ont pu être recueillies afin de lui attribuer les variables correspondantes

Les réponses exclues sont citées dans le détail du codage disponible en annexe. (Annexe 9) L'ensemble des outils cités lors des réponses à ces questions ainsi que dans la partie théorique de l'étude figurent dans un tableau récapitulatif (Annexe 10).

L'objectif de cette étude étant de montrer la présence ou l'absence de besoins dans les pratiques orthophoniques, peu de tests statistiques ont été utilisés et des moyens descriptifs ont davantage été employés. Toutefois, le test du Chi 2 a été utilisé à une reprise pour tester la dépendance entre deux variables (cf. p. 50). Son calcul est détaillé en annexe (Annexe 11).

## II. RESULTATS

### A) PROFIL DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon compte 422 réponses au questionnaire. Le nombre de réponses nécessaire pour déterminer la représentativité de l'échantillon est de 378 avec un intervalle de confiance à 95 % et une marge d'erreur de 5% (calcul détaillé en Annexe 11).

Cependant, nous allons nous pencher plus en détails sur les caractéristiques de cet échantillon pour vérifier que sa répartition se rapproche de la répartition de la population de référence des orthophonistes libéraux français. Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) qui présente les données de la population des orthophonistes au 1er janvier 2019 (données les plus récentes à ce jour), les orthophonistes libéraux français sont 20787 pour une moyenne d'âge de 42 ans et 97 % de femmes.

En ce qui concerne notre échantillon, la moyenne d'âge est de 39 ans pour 99 % de femmes. Ainsi les caractéristiques des deux échantillons se retrouvent être assez similaires. Quant à la répartition selon les classes d'âge, il existe dans notre échantillon une surreprésentation de la classe d'âge 30-34 ans par rapport à la population de référence. Cette surreprésentation est probablement due au moyen de diffusion du questionnaire exclusivement digital.

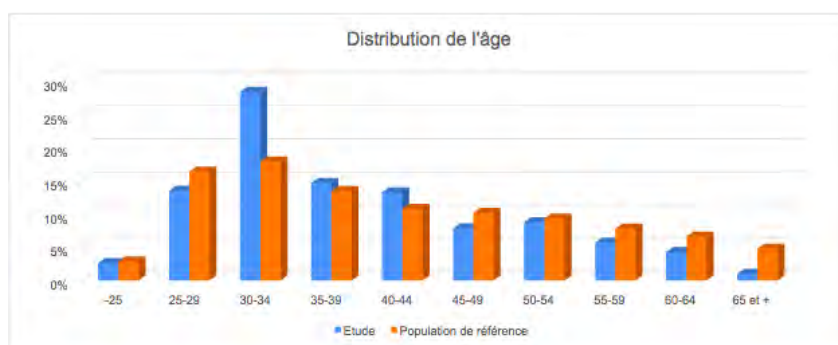


Figure n°4 : Graphique présentant la distribution de l'âge de l'échantillon de l'étude par rapport à la distribution de l'âge de la population de référence

**En conclusion, malgré une surreprésentation des individus dans la tranche d'âge 30-34 ans nous pouvons conclure à la représentativité de notre échantillon au vu de sa taille et de ses autres caractéristiques.**



---

## B) RESULTATS SELON LES HYPOTHESES

---

### 1. SIGNES D'ALERTE ET ANOMALIES DE FONCTIONNEMENT

---

#### LEGITIMITE DANS LE REPERAGE

---

En premier lieu, nous avons questionné le sentiment de légitimité des orthophonistes à être acteur du repérage de signes d'alerte ou d'anomalies de fonctionnement relatives aux TSA. Pour 71,2 % des orthophonistes, ce sentiment est bien ancré dans les mentalités et pratiques professionnelles. Il reste à renforcer pour le reste des professionnels qui affirment moins cette légitimité puisqu'ils se considèrent "plutôt" légitimes.

#### CONNAISSANCE DES ANOMALIES DE FONCTIONNEMENT

---

En second lieu, nous avons questionné de manière objective le positionnement des orthophonistes par rapport à un signe d'alerte choisi à titre d'exemple : la fiabilité des inquiétudes parentales. Comme expliqué précédemment dans l'étude, ce signe est reconnu à 95 % fiable par la HAS. Les orthophonistes sont un tiers à le considérer comme tel, 57 % à le considérer comme "plutôt fiable" et 10 % "peu fiable". Si le message comme quoi les inquiétudes parentales sont importantes à prendre en compte dans la pratique orthophonique semble assez bien ancré, il reste à renforcer.

Pour finir, nous avons questionné de manière subjective la connaissance des signes d'alertes et des anomalies de fonctionnement liées au TSA dans différents domaines. Ces domaines ont été classés en deux catégories : domaines primaires et secondaires. Les domaines primaires sont ceux qui non seulement concernent directement le champ d'action orthophonique mais aussi la tranche d'âge concernée par notre étude : les précurseurs de la communication, le langage oral (compréhension et expression), la communication (pragmatique et non-verbale), les capacités de jeu, les interactions sociales et la sensorialité (oralité incluse). Les domaines secondaires restent importants à prendre en compte dans la prise en soin d'un enfant TSA mais seront moins prégnants pour le repérage, correspondent moins aux acquisitions de la tranche d'âge étudiée et ils sont aussi susceptibles d'appartenir au champ de compétence d'un autre professionnel : la sensori-motricité, les fonctions oro-myo-faciales, l'attention, le traitement de l'information (perception), la mémoire, les fonctions exécutives, les comportements émotionnels et le langage écrit. Les résultats par domaine apparaissent dans le tableau ci-dessous :

	Signes connus	Quelques signes connus	Signes non connus	Pas de signes
Précurseurs de la communication	78,25 %	19,86%	1,89 %	0
LO / Compréhension	41,84 %	44,92 %	12,06 %	1,18%
LO / Expression	47,04 %	45,86 %	6,15 %	0,95%
Jeu	49,17 %	45,39%	5,44 %	0
Communication (pragmatique et non-	61,7 %	36,88 %	1,42 %	0
Sensorialité (oralité incluse)	40.9 %	43.74 %	15,13%	0
Interactions sociales	63.36 %	35.7 %	0.95 %	0
Sensori-motricité	33.33 %	54.85 %	11.58 %	0
Fonctions OMF	20,57 %	39.72 %	35.7 %	4.02 %
Comportements émotionnels	45.63%	48.94 %	5.44 %	0
Fonctions exécutives	17,26 %	40.66 %	39.01 %	3.07 %
Perception / Traitement de l'information	26,48%	47,75 %	25.53 %	0
Attention	25,77 %	52,25 %	21,28 %	0,71 %
Langage écrit	17,26 %	39,48 %	39,72 %	4,02 %

Figure n°5 : Tableau présentant le pourcentage des réponses des orthophonistes à la question "Parmi les domaines ci-dessus, diriez-vous que vous connaissez les particularités de fonctionnement liées à un TSA qui y sont associés ?" Q.21

Légende :

Vert : Domaine primaire ayant dépassé le seuil de 70 %

Jaune : Domaine primaire n'ayant pas dépassé le seuil de 70 %

Blanc : Domaine secondaire n'ayant pas dépassé le seuil de 70 %

Les points positifs de ces résultats sont :

- Les meilleurs pourcentages dans la catégorie "signes connus" se situent pour la grande majorité dans le domaine des signes primaires.
- Très peu d'orthophonistes ne connaissent aucun signe dans ces domaines.

Malgré cela, seul le domaine des précurseurs de la communication dépasse le seuil des 70 %. Pour les six autres domaines primaires restants, la majorité des orthophonistes est répartie quasiment à part égale entre les catégories "signes connus" et "quelques signes connus". Ainsi on peut affirmer

qu'il existe des besoins qui se caractérisent plutôt par une solidification des connaissances sur ces 6 domaines-là en ciblant prioritairement le langage oral sur ces deux versants, l'oralité ainsi que les capacités de jeu.

**En conclusion, au total seulement 24% des orthophonistes connaissent les signes et particularités de fonctionnement dans les sept domaines primaires réunis. Cette proportion, largement inférieure au seuil de 70 % permet de valider notre sous-hypothèse a) et d'affirmer qu'il existe des besoins quant à la connaissance des signes de TSA puisque cela concerne 76% des orthophonistes.**

## 2. MOYENS ET OUTILS D'ÉVALUATION

Afin d'étudier la dimension des pratiques orthophoniques correspondant aux moyens et outils d'évaluation nous nous placerons à différents niveaux de granularité : en partant de la structure de l'évaluation globale jusqu'aux caractéristiques de l'outil utilisé.

### TRAME D'ÉVALUATION

En premier lieu, nous avons questionné l'existence d'une trame d'évaluation établie pour les profils de patients jeunes et non-verbaux ou peu verbaux. Ici, la trame d'évaluation est prise à titre d'indicateur d'une réflexion approfondie de la part du professionnel quant à la structure et la composition de l'évaluation (choix des épreuves et des moyens employés). Cette pratique est solidement ancrée chez les professionnels, puisqu'ils sont **84,6 %** à utiliser une trame d'évaluation.

### COMPARAISON INTER-MATERIEL

En second lieu, nous avons cherché à comparer le type d'outil utilisé par les orthophonistes lors de l'évaluation d'un enfant non-verbal versus en cours d'acquisition du langage afin d'avoir une vue d'ensemble de la structure de l'évaluation.

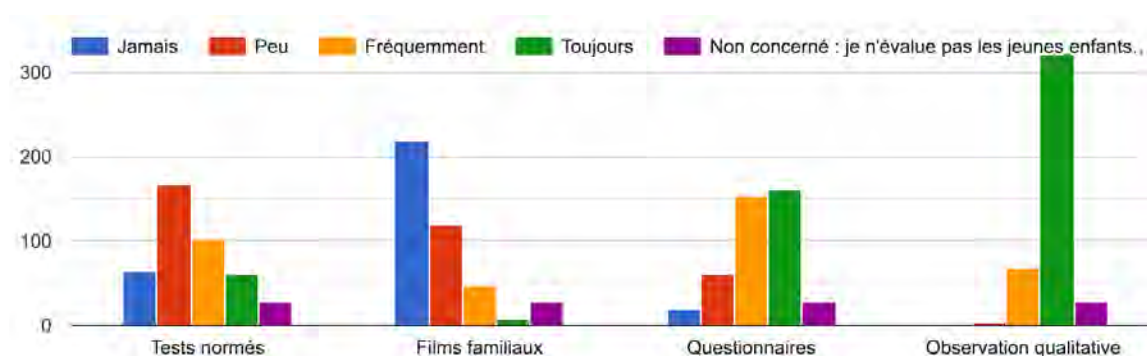


Figure n° 6 : Graphique présentant la fréquence d'utilisation par les orthophonistes de chaque type d'outil lors de l'évaluation d'un enfant non-verbal Q.23

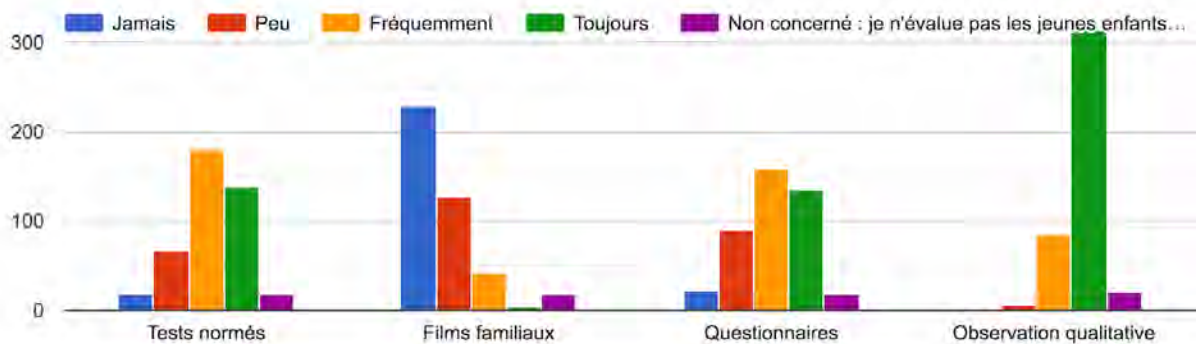


Figure n° 7 : Graphique présentant la fréquence d'utilisation par les orthophonistes de chaque type d'outil lors de l'évaluation d'un enfant en cours d'acquisition du langage Q.24

Les conclusions que l'on peut tirer de ces résultats sont que :

- L'observation clinique est massivement utilisée et ce quel que soit le profil de l'enfant évalué
- Les films familiaux sont peu utilisés et ce quel que soit le profil de l'enfant évalué
- Les questionnaires ou grilles d'observation sont un peu plus utilisés dans le cadre d'une évaluation d'un enfant non-verbal versus en cours d'acquisition du langage
- Les tests normés sont moins utilisés dans le cadre d'une évaluation d'un enfant non-verbal versus en cours d'acquisition du langage. 38,6 % des orthophonistes les utilisent "fréquemment" ou "toujours" avec des enfants non-verbaux contre 75,6 % avec des enfants en cours d'acquisition du langage, soit environ le double.

#### COMPARAISON INTRA-MATERIEL

En dernier lieu, nous avons étudié les caractéristiques individuelles de chaque outil cité par les orthophonistes dans le cadre de ces évaluations. Le but final étant de déterminer l'existence ou non d'un manque : manque d'outil normé, manque d'outil sur une des deux tranches d'âges (0-3 ans ou 3-6 ans) ou un manque sur un des deux domaines évalués (langage formel ou fonctionnel). Pour rappel, le choix des ces variables a été précédemment explicité dans l'étude.

0 - 3 ans				3-6 ans			
Outils adaptés		Pas d'outils adaptés		Outils adaptés		Pas d'outils adaptés	
Test	Grille	Test	Grille	Test	Grille	Test	Grille
38%	45 %	55 %	27 %	66%	61%	9%	24%
Test + Grille							
33 %		23 %		54 %		5%	

Figure n° 8 : Tableau dynamique croisé présentant le pourcentage d'outils adaptés ou inadaptés utilisés par les orthophonistes selon les tranches d'âge Q25/26

Langage formel				Langage fonctionnel			
Outils adaptés		Pas d'outils adaptés		Outils adaptés		Pas d'outils adaptés	
Test	Grille	Test	Grille	Test	Grille	Test	Grille
38%	58%	10 %	14 %	33%	35%	8%	12%
Test + Grille							
31 %		4 %		27 %		4%	

Figure n° 9 : Tableau dynamique croisé présentant le pourcentage d'outils adaptés ou inadaptés utilisés par les orthophonistes selon les domaines d'évaluation Q.25/26

Nous pouvons retenir que :

- Une très faible proportion d'orthophonistes (4 à 5 %) n'a aucun outil adapté pour l'évaluation excepté dans la tranche d'âge 0-3 ans. En effet, cette proportion monte à 23 % soit environ un quart des orthophonistes qui ne disposent d'aucun outil adapté pour évaluer les 0-3 ans.
- Environ un tiers des orthophonistes (27 à 33%) disposent d'outils totalement adaptés (tests + échelles standardisés) pour l'évaluation sur les deux tranches d'âges et sur les deux domaines évalués. Pour la tranche d'âge 3-6 ans, cette proportion monte à 54 %, ainsi plus d'une orthophoniste sur deux est totalement équipée pour évaluer cette tranche d'âge sur les deux domaines confondus (formel et fonctionnel).

Ainsi, on voit apparaître une disparité de pratiques qui s'oppose plutôt autour de la dichotomie des tranches d'âges tandis que les pratiques sont plutôt homogènes en ce qui concerne la distinction entre évaluation du langage formel versus fonctionnel. Si ces pratiques sont plutôt homogènes, cela ne signifie pas qu'il n'existe pas de besoin pour autant : la proportion d'orthophonistes disposant d'outils adaptés pour évaluer le langage fonctionnel n'est que de 27 %.

**Au total, le pourcentage d'orthophonistes disposant d'outils standardisés à la fois sur les deux tranches d'âges et sur les deux domaines s'élève à 26 %. Cette proportion, largement inférieure au seuil de 70 % permet de valider notre sous-hypothèse b).**

**Ainsi, nous pouvons affirmer qu'il existe des besoins en ce qui concerne les moyens et outils d'évaluation utilisés par les orthophonistes car 74 % d'orthophonistes ne sont pas complètement équipés pour procéder à ces évaluations si l'occasion se présente.**

Afin de caractériser plus précisément ces besoins, nous avons dressé un tableau qui détaille les douze combinaisons formées par les variables que nous avons déterminées :

Test (ou batterie), Grille d'observation (ou questionnaire ou échelle), 0-3 ans, 3-6 ans, Langage formel, Langage fonctionnel et le paramètre de la standardisation.

Test L.Formel 0-3	171	41%
Test L.Fonctionnel 0-3	181	43%
Test Standardisé 0-3	174	41%
Grille L.Formel 0-3	284	67%
Grille L.Fonctionnel 0-3	252	60%
Grille Standardisée 0-3	270	64%
Test L.formel 3-6	321	76%
Test L. fonctionnel 3-6	262	62%
Test standardisé 3-6	317	75%
Grille L.Formel 3-6	369	87%
Grille L.Fonctionnel 3-6	291	69%
Grille Standardisée 3-6	376	89%

Figure n° 10 : Tableau présentant le nombre d'orthophonistes utilisant un outil adapté caractérisé par les variables type, domaine d'évaluation, âge et standardisation Q25/26.

Nos précédentes conclusions se confirment :

- Les besoins prioritaires se caractérisent, tous domaines confondus, par un manque d'outils permettant d'évaluer la tranche d'âge 0-3 ans : le manque est plus important en ce qui concerne les tests normés par rapport aux échelles ou grilles d'observation (qui restent cependant elles aussi en dessous du seuil de 70%)
- Les besoins sont moindres sur la tranche d'âge 3-6 ans : aucun manque n'est relevé en ce qui concerne les tests ou les échelles permettant d'évaluer le langage formel sur cette tranche d'âge. Cependant, une vigilance est à maintenir en ce qui concerne les outils (tests ou grilles) permettant d'évaluer le langage fonctionnel des 3-6 ans : les pourcentages sont limitrophes du seuil de 70 % mais restent tout de même en deçà.

### 3. PARCOURS DIAGNOSTIQUE

#### ROLE DE L'ORTHOPHONISTE EN LIBERAL DANS LE DIAGNOSTIC

En premier lieu, nous avons interrogé les orthophonistes en libéral sur la connaissance de leur propre rôle dans le parcours diagnostique d'un TSA. **94,5%** des orthophonistes se positionnent sans réserve sur la capacité effective de l'orthophoniste en libéral à participer au diagnostic d'autisme. Cette pratique est donc bien ancrée dans les mentalités professionnelles orthophoniques.

## CONNAISSANCE DU PARCOURS DE SOIN

En second lieu, nous avons interrogé, de manière à la fois subjective et objective, les orthophonistes sur leur connaissance du parcours diagnostique.

## LE RESSENTI DES ORTHOPHONISTES

Plus d'un orthophoniste sur deux affirme ne pas du tout être familiarisé avec le parcours de soin. Au total, **88%** des orthophonistes ne sont que moyennement voire pas du tout familiarisés avec ce parcours.

## L'ORIENTATION DES PATIENTS EN PRATIQUE

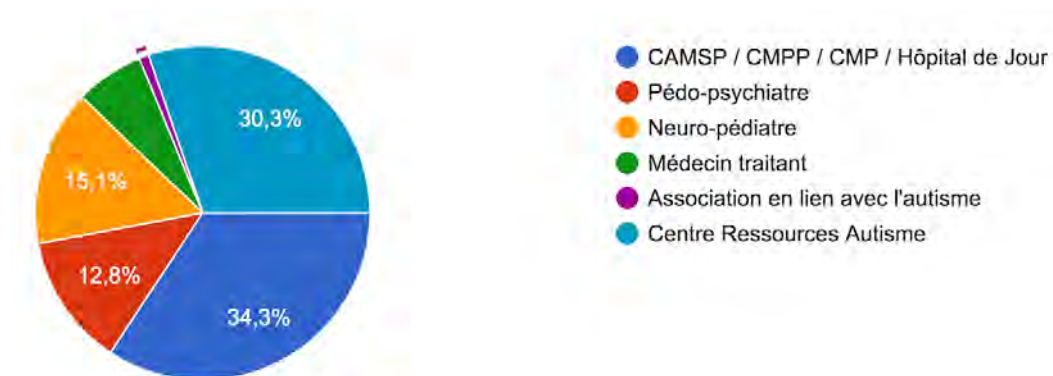


Figure n° 11 : Graphique représentant les réponses des orthophonistes à la question "Quel est votre réflexe le plus courant en matière d'orientation d'un patient de moins de 6 ans chez lequel vous suspectez un TSA ?" Q27

- 6,6 % des orthophonistes orientent le patient vers le médecin traitant soit vers la première ligne du parcours de soin conformément aux recommandations actuelles.
- 62,2 % des orthophonistes orientent le patient vers la deuxième ligne du parcours (CAMSP, CMPP, CMP, HDJ ou médecin spécialiste). Nous pouvons penser que cela implique une augmentation de la probabilité pour le patient de suivre un parcours de soin "décousu" voire de subir une errance diagnostique en outrepassant la première ligne.
- 30,3 % des orthophonistes orientent le patient vers le Centre Ressources Autisme (structure de troisième ligne). On peut supposer que cela implique une majoration du risque de saturation de ces structures expertes.

En conclusion, **93,4 %** des orthophonistes n'orientent pas le patient selon les recommandations en vigueur (soit vers un médecin de première ligne).

## FOCUS SUR LES PLATEFORMES DE COORDINATION ET D'ORIENTATION DEDIEES AUX TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT ET AUX TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

### A L'ECHELLE NATIONALE

40 % des orthophonistes n'ont pas eu connaissance de la mise en place de ces plateformes et 36,6 % disent que le concept de ces plateformes n'est pas clair. Ainsi **76,6%** des orthophonistes ne sont pas encore prêts à se saisir de l'opportunité que ces plateformes représentent.

### A L'ECHELLE DEPARTEMENTALE

Les plateformes étant mises en place à un échelon départemental, nous avons choisi deux des départements dans lesquels nous avons pu recueillir le maximum de réponses afin de les comparer. Le but étant de voir si les disparités interdépartementales impactent la prise de connaissance des orthophonistes. Il est important de préciser, qu'au moment de la passation de l'enquête, la plateforme girondine est déjà mise en place contrairement à la plateforme de Haute-Garonne et c'est également pour cette raison que nous avons choisi de comparer ces deux départements.

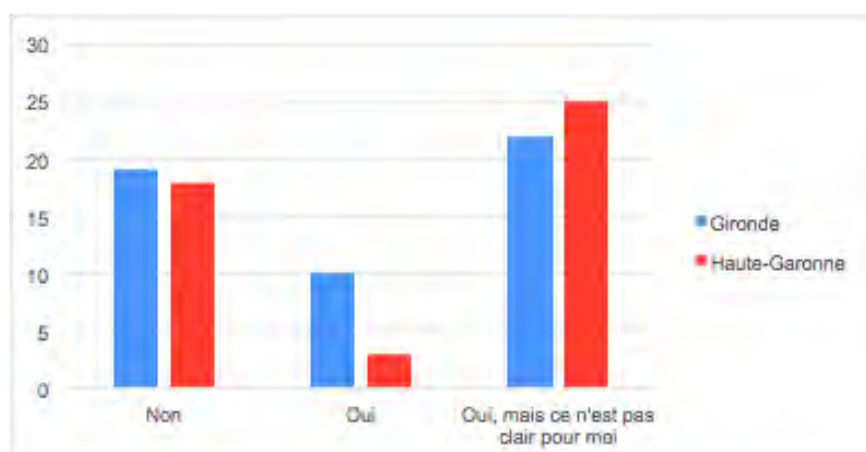


Figure n° 12 : Graphique présentant les réponses des orthophonistes de Gironde et de Haute-Garonne à la question "Avez-vous eu connaissance de la création de plateformes départementales dédiées aux TND et TSA?" Q.28

La différence à retenir entre les deux départements est que la proportion des orthophonistes ayant connaissance de la mise en place de la plateforme en Gironde est 3 fois supérieure à la proportion des orthophonistes de Haute-Garonne.

La mise en place effective de la plateforme a donc un effet sur la prise de connaissance des orthophonistes. Cet effet est cependant limité car les proportions d'orthophonistes n'ayant pas eu connaissance de la mise en place de ces structures ou n'appréhendant pas avec confiance leur fonctionnement reste sensiblement la même entre les deux départements.

### En conclusion :

**12 %** des orthophonistes se disent à l'aise avec l'organisation sous forme de lignes du parcours diagnostique des TSA.



6,6 % des orthophonistes orientent les patients selon les recommandations actuelles.

13,4 % des orthophonistes ont eu connaissance de la mise en place et du fonctionnement des plateformes de coordination et d'orientation dédiées aux TND et TSA.

**Ces trois valeurs montrent que la proportion des orthophonistes maîtrisant le parcours de soin est largement inférieure au seuil de 70 %. Nous sommes donc en mesure de valider notre sous-hypothèse c) et d'affirmer qu'il existe des besoins de réactualisation des connaissances en ce qui concerne le parcours diagnostique des TSA.**

#### 4. EVALUATION DE LA DEMANDE

L'évaluation de la demande de formation ne fait pas partie des hypothèses établies dans cette étude mais reste intéressante à évaluer et ce, à titre anticipatoire, en vue d'une éventuelle poursuite de ce travail.

- 59,3 % des orthophonistes sont intéressés par une formation en ce qui concerne les signes d'alerte et les particularités de fonctionnement liées aux TSA.
- **80,4 %** des orthophonistes sont intéressés par une formation en ce qui concerne les moyens et les outils d'évaluation.
- **79,2%** des orthophonistes sont intéressés par une formation en ce qui concerne le parcours diagnostique d'un TSA.

Aux besoins que nous avons mis en évidence à travers les résultats précédemment présentés, s'ajoute une demande évidente de la part des orthophonistes de mise à jour de leurs connaissances notamment en ce qui concerne les moyens et outils d'évaluation ainsi que le parcours diagnostique des TSA.

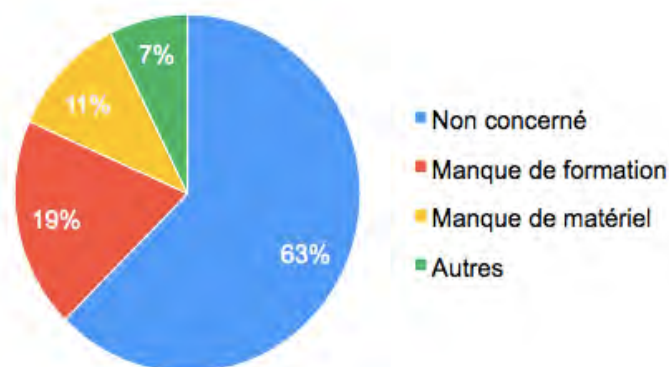


Figure n°13 : Graphique présentant les principales raisons de refus des orthophonistes à la prise en soin des personnes porteuses de TSA Q.17

La mise en évidence de la demande est appuyée par l'analyse des motifs de refus des orthophonistes à la prise en soin des personnes porteuses de TSA. Sur le tiers des orthophonistes qui refusent cette prise en soin : 19% le font en raison d'un manque de formation et 11 % à cause

d'un manque de matériel. La catégorie "Autres" regroupe majoritairement des réponses en lien avec le manque d'appétence à prendre en soin les TSA.

## 5. AMORCE DES PISTES EXPLICATIVES

L'extraction de pistes explicatives aux résultats obtenus dans cette étude ne fait pas partie des hypothèses établies dans la méthodologie de ce travail mais reste intéressante à titre anticipatoire également. Pour des raisons de faisabilité, il n'est pas possible de procéder à cette analyse de manière exhaustive dans le présent mémoire. Ainsi, nous allons présenter quelques-unes des pistes qui nous ont paru pertinentes et éclairantes vis-à-vis des résultats obtenus. L'analyse reste à approfondir et à poursuivre.

### LIEN ENTRE PRATIQUE ORTHOPHONIQUE ET APPUI THEORICO-PRATIQUE

Les praticiens consultent fréquemment voire toujours :

- la HAS à 37 %
- le DSM V à 52 %
- les publications scientifiques à 61 %
- les réseaux sociaux à 68 %

Parmi les autres ressources citées, on retrouve :

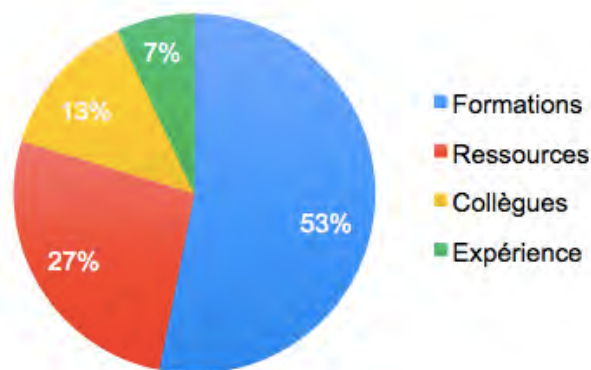


Figure n° 14 : Graphique présentant les principaux appuis théorico-pratiques des orthophonistes dans les prises en soin relatives aux TSA Q.14

Nous pouvons retenir qu'outre les propositions déjà détaillées plus haut, les principaux appuis cités par les orthophonistes sont la formation continue suivie des ressources (cours, livres, publications).

Afin de voir l'impact du choix de l'appui théorico-pratique dans l'intégration des recommandations à la pratique, nous cherchons à voir la relation entre le degré de familiarisation avec l'organisation du parcours diagnostique avec la fréquence de consultation des recommandations de la HAS :

	Êtes-vous familiarisé.e avec l'organisation du parcours diagnostique des TSA sous forme de lignes (première, deuxième et troisième lignes) ?		
Dans votre pratique, avez-vous l'habitude de vous référer à / prendre connaissance des recommandations de la HAS ?	Familiarisé	Moyennement Familiarisé	Pas du tout Familiarisé
Jamais	3,41 %	23,86%	72,73%
Rarement	6,78 %	34,46%	58,76%
Fréquemment	13,18 %	52,71%	34,11%
Toujours	67,86 %	21,43%	10,71%

Figure n° 15 : Tableau dynamique croisé présentant les réponses des orthophonistes à la question 29 (parcours diagnostique) en fonction de la question 13 (HAS) (p=0)

Grâce à ce tableau, nous pouvons constater que plus le praticien a l'habitude de consulter la HAS, mieux il semble familiarisé avec le parcours de soin et inversement. Ces deux variables sont dépendantes.

## C) DISCUSSION

### 1. BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Certains choix de cette étude sont discutables et impliquent des biais dans les résultats présentés. Pour plus de transparence, ils seront détaillés ici.

Premièrement, en ce qui concerne la partie théorique, la recherche bibliographique s'est vue compliquée par la rareté des études se focalisant sur la description du langage formel d'enfants porteurs de TSA entre 0 et 6 ans francophones. Ainsi, les informations sont pour la plupart issues d'études anglophones or le langage étant en partie langue-dépendant, nous savons que ces résultats ne sont pas totalement superposables aux attendus de notre étude. En outre, peu d'études s'intéressant au langage des enfants porteurs de TSA avec déficience intellectuelle, notre partie théorique se retrouve être biaisée et représente d'avantage les enfants porteurs de TSA sans déficience intellectuelle malgré l'attention qui a été portée à nuancer et à souligner la grande variabilité interindividuelle de cette population.

Ensuite, le choix de diffuser le questionnaire uniquement à l'aide de moyens digitaux implique probablement une surreprésentation de la tranche d'âge 30-34 ans dans notre échantillon. Au vu de ces autres caractéristiques (distribution sur les autres classes d'âge, distribution de la variable sexe, moyenne d'âge, taille) l'échantillon est malgré cela considéré comme représentatif de la population de référence. Ce choix des moyens de diffusion se justifie par des raisons de faisabilité car il permet

d'obtenir un grand nombre de réponses en un temps assez court mais aussi par des raisons contextuelles en lien avec l'épidémie de covid-19.

Les autres biais proviennent pour la plupart de la phase de codage des données et d'interprétation des résultats. En effet, pour satisfaire les besoins de l'analyse statistique certaines variables et certains critères ont dû être établis et peuvent parfois paraître artificiels.

- Pour la sous-hypothèse 1, la classification des signes de TSA en domaines primaires et secondaires est discutable et n'a pas pour objectif de se prétendre exhaustive. L'objectif étant de cibler les besoins prioritaires des orthophonistes pour des raisons écologiques.
- Pour la sous-hypothèse 2, les variables choisies peuvent parfois manquer de sensibilité. En effet, la variable "standardisation" prend en compte la présence d'un étalonnage mais ne vérifie ni sa taille ni sa répartition ou encore sa récence. De plus, le découpage de la variable "tranche d'âge" en 0-3 et 3-6 ne correspond pas toujours parfaitement à l'étalonnage des outils. Le cas échéant, il a été choisi d'attribuer la tranche d'âge qui couvre la plus grande partie de l'étalonnage de l'outil : EVALO 2-6 fait donc partie de la tranche d'âge 3-6.

Dans l'interprétation de ces résultats, le critère "évalue le langage fonctionnel" a été attribué à une batterie lorsque celle-ci comporte un ou plusieurs subtests évaluant la pragmatique par exemple. Par extension, nous considérons que le professionnel évalue donc le langage fonctionnel puisqu'il possède et utilise cette batterie, or les résultats ne nous indiquent pas si l'utilisation du subtest spécifique à l'évaluation du langage fonctionnel est effective. De plus, le critère "possède un outil standardisé" est validé dès que l'on recense la présence d'au moins un outil standardisé, évaluations du langage formel et fonctionnel confondues. Ces analyses peuvent parfois manquer de finesse, cependant pour des raisons de faisabilité, il nous était impossible de les approfondir davantage.

---

## 2. ETUDE DES HYPOTHESES

---

Pour rappel, nous partons du principe que si 70 % des orthophonistes maîtrisent le sujet sur lequel ils sont interrogés, le besoin n'existe pas. Si la proportion est moindre le besoin existe et sera caractérisé.

---

### SOUS-HYPOTHESE A)

---

24 % des orthophonistes maîtrisent les signes de TSA sur les sept domaines primaires : les précurseurs de la communication, le langage oral (compréhension et expression), le jeu, la communication pragmatique et non-verbale, les interactions sociales et la sensorialité (oralité incluse).

24 % < 70 % donc la sous-hypothèse a) est validée : il existe un besoin de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les signes d'alertes et les particularités de fonctionnement liées aux TSA.

Ce besoin ne concerne pas la connaissance des signes de TSA liés aux précurseurs de la communication mais concerne les signes des six autres domaines primaires. Ce besoin se

caractérise par une nécessité de consolidation des connaissances plutôt que par un apprentissage complet car les orthophonistes sont tout de même environ 40% à connaître quelques signes dans ces six domaines.

#### SOUS-HYPOTHESE B)

---

26 % des orthophonistes disposent d'outils standardisés évaluant à la fois le langage formel et le langage fonctionnel sur les tranches d'âges 0-3 et 3-6 ans.

26 % < 70 % donc la sous-hypothèse b) est validée : il existe un besoin de réactualisation des connaissances en ce qui concerne les moyens et les outils d'évaluation des TSA utilisés par les orthophonistes.

Ce besoin ne concerne pas l'évaluation du langage formel des 3-6 ans. Les besoins se concentrent prioritairement sur les outils dédiés à la tranche d'âge 0-3 ans (langage formel et fonctionnel confondu) avec un manque plus prononcé sur les tests par rapport aux échelles ou grilles d'évaluation. Ce besoin peut apparaître comme paradoxal avec les résultats décrits précédemment, à savoir une bonne connaissance des orthophonistes sur les anomalies de fonctionnement liées aux précurseurs de la communication. Nous pouvons conclure que malgré une bonne connaissance de ces signes, les orthophonistes ne disposent pas des moyens adéquats pour les investiguer. Un besoin moindre apparaît en ce qui concerne l'évaluation du langage fonctionnel des 3-6 ans. En effet, les valeurs sont limitrophes du seuil de 70 % mais restent en deçà.

#### SOUS-HYPOTHESE C)

---

En faisant une moyenne des pourcentages obtenus aux trois questions sur la connaissance du parcours, on constate que 11% des orthophonistes maîtrisent ce parcours.

11 % < 70 % donc la sous-hypothèse c) est validée : il existe des besoins de réactualisation de connaissances des orthophonistes par rapport au parcours diagnostique recommandé dans les TSA.

Ce besoin concerne principalement l'organisation du parcours de soin en lignes (première, deuxième et troisième) et la création des plateformes départementales dédiées aux TSA et TND.

#### HYPOTHESE GENERALE

---

Les trois sous-hypothèses étant validées, il est possible de valider notre hypothèse générale et d'affirmer qu'il existe des besoins en termes d'intégration des recommandations à la pratique orthophonique libérale dans le domaine du repérage et de l'évaluation fonctionnelle précoce des troubles du spectre autistique et ce à la fois sur la connaissance des signes de TSA, des moyens et outils d'évaluation et du parcours diagnostique.

---

### 3. PERSPECTIVES

---

#### LES POINTS FORTS DES PRATIQUES ORTHOPHONIQUES

---

Malgré les besoins et les manques identifiés dans les pratiques orthophoniques, nous avons pu également relever des points positifs :

- Un sentiment de légitimité au repérage des signes d'alerte de TSA ancré dans les mentalités professionnelles
- Un sentiment de légitimité à participer au diagnostic de TSA ancré dans les mentalités professionnelles
- Une bonne connaissance des signes de TSA liés au domaine des précurseurs de la communication
- L'élaboration d'une trame d'évaluation quasi-systématique par les professionnels
- Une bonne utilisation des moyens et outils d'évaluation du langage formel des 3-6 ans
- Une juste conscience des manques dans leur propre pratique : en effet, dans notre enquête nous avons inclus à la fois des questions d'ordre subjectif et d'ordre objectif. Nous pouvons remarquer que les chiffres recueillis de ces deux manières concordent, ce qui signifie que les orthophonistes sont au clair avec leurs pratiques. En effet, par rapport aux signes et anomalies de fonctionnement, les bonnes réponses s'élèvent à 33% lors de la question objective et à 40 % (moyenne des réponses) lors de la question subjective. En ce qui concerne les moyens et les outils d'évaluation, les orthophonistes sont 80 % à être intéressés par une formation à ce sujet et ils sont 74 % à ne pas être totalement équipés pour une évaluation en accord avec les recommandations. Quant à la connaissance du parcours diagnostique, 88% des orthophonistes disent ne pas être à l'aise avec l'organisation du parcours de soin et 92,5 % d'entre eux n'orientent pas le patient selon les recommandations actuelles.

Cette conscience des manques dans la pratique orthophonique constituerait un facteur de bon pronostic à la mise en place d'une réactualisation des connaissances quel que soit le média utilisé en vue d'une éventuelle poursuite de cette étude.

#### AXES D'AMELIORATIONS

---

En fonction des résultats obtenus, il apparaît qu'une réactualisation des connaissances s'impose chez les orthophonistes en matière de repérage et d'évaluation fonctionnelle précoce des TSA. Un des principaux axes d'amélioration serait de créer un matériel clair et accessible pour les orthophonistes afin de leur permettre plus aisément d'intégrer les recommandations actuelles à leur pratique. En effet, la demande de la part des orthophonistes pour la création d'une ressource de ce type a été mise en évidence précédemment et est importante. Ce matériel pourrait être personnalisé en fonction des réponses des orthophonistes à ce questionnaire avec la possibilité de déterminer plusieurs profils selon l'état de leurs connaissances. Par exemple, en ce qui concerne la connaissance des signes d'alerte et des particularités de fonctionnement, il serait possible de proposer aux orthophonistes une réactualisation des connaissances "à la carte" selon les domaines

qui sont le plus déficitaires. En effet, les orthophonistes libéraux sont des professionnels menant plusieurs missions simultanément et le but n'est pas de les culpabiliser ou de les surcharger mais bien de déterminer les moyens les plus efficaces pour améliorer les pratiques et donc la qualité de vie des patients.

#### PISTES D'EXPLICATIONS

---

Les axes d'améliorations peuvent être précisés en fonction des origines retrouvées à certaines pratiques. Pour cela il est nécessaire de dégager des pistes d'explication d'après les résultats présentés. Nous avons amorcé cette analyse mais elle nécessite d'être continuée et approfondie.

D'après les appuis théorico-pratiques utilisés par les orthophonistes dans les prises en soin des TSA, nous constatons une prédominance des réseaux sociaux qui s'impose comme ressource la plus consultée. La nécessité pour le praticien d'accéder à une information rapide (voire instantanée) est mise en lumière. Celle-ci est sans doute à mettre en lien avec une difficulté à dédier du temps sur leur emploi du temps professionnel à la prise de connaissance de nouvelles données. Il semble primordial d'intégrer cette donnée dans l'optique d'une éventuelle création de matériel avec la possibilité d'investir le champ des réseaux sociaux pour s'adapter aux pratiques actuelles des orthophonistes. Parmi les autres ressources citées, on note les formations et les publications scientifiques qui sont tout comme les informations des réseaux sociaux peu vérifiables dans le cadre de cette étude. Il serait intéressant d'approfondir cette analyse en détaillant la source et le contenu des formations et des ressources afin de voir si elles sont en adéquation avec les recommandations. Une revue des ressources existantes serait intéressante afin d'y cibler les manques et les besoins toujours dans l'optique d'une éventuelle création de matériel qui ne serait pas redondant mais compléterait les ressources existantes ou les récapitulerait.

Il serait également intéressant de voir si les réponses des orthophonistes sont dépendantes de :

- l'année de l'obtention de leur diplôme (effet de récence ou non)
- de leur centre de formation (disparités de formation inter-centres ou non)
- de l'accueil de stagiaires (stagiaires participant au processus de mise à jour des connaissances des professionnels ou non)
- de la réalisation de formation continue

Ces analyses permettraient de dégager des leviers d'action supplémentaires, en rapport avec la formation initiale par exemple, afin de favoriser la diffusion des recommandations de bonne pratique chez les orthophonistes.

Ces notions sont autant de recommandations pour la poursuite de cette étude mais il serait également possible de la poursuivre en étendant cet état des lieux des pratiques orthophoniques à une tranche d'âge supérieure ou aux méthodes de prise en soin.

## CONCLUSION

---

Les troubles du spectre autistique et plus largement les troubles du neuro-développement sont actuellement des sujets de préoccupations scientifiques et gouvernementales notables. Les évolutions engendrées modifient les pratiques des professionnels de santé concernés et notamment celles des orthophonistes, cruciaux dans ce type de prise en soin.

Notre étude avait pour but de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques libérales en ce concentrant sur le repérage et l'évaluation fonctionnelle des troubles du spectre autistiques chez les enfants de 0 à 6 ans au moyen d'un questionnaire.

Cet état des lieux a révélé certains points forts et certains besoins en terme d'intégration des recommandations scientifiques aux pratiques orthophoniques.

D'une part, les préconisations de réactualisation des connaissances concernent les trois domaines ciblés par notre étude à savoir : les connaissances des anomalies de fonctionnement relatives aux TSA, les moyens et outils existants pour investiguer ces anomalies ainsi que la connaissance de l'organisation du parcours diagnostique.

D'autres part, les pratiques orthophoniques présentent également des atouts certains sur lesquels il est nécessaire de s'appuyer pour améliorer les prises en soin de patients porteurs de TSA.

En analysant certaines pistes d'explications à l'origine de ces pratiques, nous pouvons formuler l'hypothèse que les exigences liées à l'exercice de l'orthophonie en libéral freinent les professionnels dans l'intégration de nouvelles données scientifiques. Ces analyses étant tout juste amorcées dans cette étude, il serait nécessaire de les poursuivre afin de pouvoir s'adapter au plus près des besoins des orthophonistes libéraux.

Il serait utile de récapituler les ressources déjà existantes sur cette thématique afin de vérifier leur adéquation aux recommandations scientifiques et de les rassembler pour en faciliter l'accès aux orthophonistes. Si des manques sont identifiés dans la revue de ces ressources, il serait alors important de pouvoir les compléter.

En conclusion, à notre sens, cette étude est un point de départ dans l'analyse des pratiques professionnelles et mériterait d'être poursuivie de plusieurs manières : du recensement des ressources disponibles jusqu'à leur complétion ou bien de l'extension de cet état des lieux sur une tranche d'âge plus large jusqu'aux méthodes de prise en soin des TSA.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Alba, A., Prudhon, E., & Tessier, A. (2016). Oralité alimentaire et autisme : aspects théoriques et rééducatifs. *Rééducation Orthophonique*, 1(265), 119-136.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-5* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2010). Un nouvel outil de soutien à la parentalité pour le développement de la communication et du langage. *Rééducation Orthophonique*, 244, 249-257.
- Assurance Maladie. (2020, 29 décembre). *La nomenclature générale des actes professionnels - NGAP*. ameli.fr. <https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/facturation-remuneration/ngap/ngap>
- Barthélémy, C., & Blanc, R. (2016). Le diagnostic d'autisme de Kanner au DSM5. *Rééducation Orthophonique*, 1(265), 13-20.
- Bellato, Alessio. (2012). Play in Autism Spectrum Disorder: how may it be implemented in treatment?.
- Bezy, C., Puel, M., & Pariente, J. (2013). La rédaction des ordonnances d'orthophonie. *La Lettre du neurologue*, (8), 245-246.
- Blanc, R., & Archambault, E. (2016). Neuropsychologie des Troubles du Spectre de l'Autisme. *Rééducation Orthophonique*, 1(265), 33-52.
- Brunod, C. (2010). *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme (French Edition)*. AFD.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 25 septembre). *Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder | CDC*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Coquet, F. (2010). Observation / Evaluation du jeune enfant avec les protocoles 20 et 27 mois d'EVALO BB. *Rééducation Orthophonique*, 244, 191-208.
- Coquet, F., Roustit, J., & Jeunier, B. (2007). Evaluation du développement du langage oral et des comportements non verbaux du jeune enfant Batterie EVALO 2-6. *Rééducation Orthophonique*, 231.
- Courtois-du Passage, 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(7).
- Degenne, C., Adrien, J.-L., & Wolff, M. (2016). Les dysfonctionnements sensoriels chez les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme : à propos du spectre de la sensorialité. *Rééducation Orthophonique*, 1(265), 87-102.

de Marchena, A. & Eigsti, I. M. (2010), 'Conversational gestures in autism spectrum disorders: Asynchrony but not decreased frequency', *Autism Research* 3(6).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2018). *EFFECTIFS DES ORTHOPHONISTES par mode d'exercice global, zone d'activité principale, sexe et tranche d'âge*. data.drees.sante.gouv.fr.

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3719>

Durrleman, S. & Zufferey, S. (2009), 'The Nature of Syntactic Impairment in Autism', *Rivista di Grammatica Generativa* 34.

Eigsti, I. M., Bennetto, L. & Dadlani, M. B. (2007), 'Beyond pragmatics: Morphosyntactic development in autism', *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37(6).

Ellis Weismer, S., Gernsbacher, M. A., Stronach, S., Karasinski, C., Eernisse, E. R., Venker, C. E. & Sindberg, H. (2011), 'Lexical and grammatical skills in toddlers on the autism spectrum compared to late talking toddlers', *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41(8).

Ellis Weismer, S., Kaushanskaya, M., Larson, C., Mathée, J., & Bolt, D.. (2018). *Executive function, language, and ASD (Ellis Weismer et al., 2018)*. doi: 10.23641/asha.7298144.v2

Evans, K. E. & Demuth, K. (2012), 'Individual differences in pronoun reversal: Evidence from two longitudinal case studies', *Journal of Child Language* 39(1).

Ferrand, P. (2007). Du rôle fondamental de la démarche clinique dans l'évaluation des troubles du langage. *Rééducation Orthophonique*, 231.

Ferlay, M. (2012). *Adaptation de la batterie d'évaluation Evalo BB à une population d'enfants présentant une atteinte neurologique ou une maladie rare* (Mémoire). <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/10322>

Gallot, C. (2014). *La motricité dans le Trouble du Spectre de l'Autisme : la question du Trouble de l'Acquisition de la Coordination. Etat des connaissances et étude des performances motrices dans l'autisme de haut niveau*. (Thèse). Université de Bordeaux.

Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., & Grace, E. J. (2016). Language and Speech in Autism. *Annual Review of Linguistics*, 2(1), 413-425. <https://doi.org/10.1146/annurev-linguistics-030514-124824>

Girardot, A. M., De Martino, S., Rey, V., & Poinso, F. (2009). Étude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57, 267-274.

Godderidge, E., & Cabal, J. (2016). Enfant – Adolescent – Adulte avec un Trouble Envahissant du Développement. La pratique orthophonique selon les recommandations de la HAS-ANESM. *Rééducation Orthophonique*, 1(265), 65-84.

Grosbois, E., & Zacharie, M. (2015). *Troubles du Spectre Autistique et sélectivité alimentaire : intérêt d'une intervention multi-sensorielle, individuelle et intensive*. Université Toulouse Paul Sabatier.

Guidetti, M., Rossini, E., & Thommen, E. (2016). L'évaluation de la communication sociale précoce : intérêt de l'ECSP. *Rééducation Orthophonique*, 1(265), 191-203.

Ha C, Chan Chee C, Chin F. Troubles du spectre de l'autisme en France. Estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système national des données de santé (SNDS), France, 2010-2017. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020. 37 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>

Haute Autorité de Santé. (2014, 7 avril). *Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique)

Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique (RPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020a.

Haute Autorité de Santé. Troubles du neuro-développement - Repérage et orientation des enfants à risque. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020b.

Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

Hutchins, T. L., Prelock, P. A., Morris, H., Benner, J., LaVigne, T., & Hoza, B. (2016). Explicit vs. applied theory of mind competence : A comparison of typically developing males, males with ASD, and males with ADHD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 21, 94-108. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.10.004>

Jiménez, E., Haebig, E. & Hills, T. T. (2020), 'Identifying Areas of Overlap and Distinction in Early Lexical Profiles of Children with Autism Spectrum Disorder, Late Talkers, and Typical Talkers', *Journal of Autism and Developmental Disorders* .

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Kang, E., Klein, E. F., Lillard, A. S., & Lerner, M. D. (2016). Predictors and Moderators of Spontaneous Pretend Play in Children with and without Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01577>

Kern, S. (2007). Le compte-rendu parental comme méthode d'évaluation du développement langagier précoce. *Rééducation Orthophonique*, 231.

Lainé, F., Tardif, C., Rauzy, S. & Gepner, B. (2008). Perception et imitation du mouvement dans l'autisme : une question de temps. *Enfance*, 2(2), 140-157. <https://doi.org/10.3917/enf.602.0140>

- La Valle, C., Plesa-Skwerer, D. & Tager-Flusberg, H. (2020), 'Comparing the Pragmatic Speech Profiles of Minimally Verbal and Verbally Fluent Individuals with Autism Spectrum Disorder', *Journal of Autism and Developmental Disorders* 50(10).
- McQuiston, A. (2017). *Gesture and language in 2- and 3-year-olds at heightened risk for Autism Spectrum Disorder*. (Master's Thesis). University of Pittsburgh.
- Millet, S. (2016). *Évaluation des habiletés pragmatiques du langage chez un enfant avec autisme* (Mémoire). Université François Rabelais.
- Monfort, M. (2007). L'évaluation des habiletés pragmatiques chez l'enfant. *Rééducation Orthophonique*, 231.
- Mottron, L. (2017). *L'autisme : une autre intelligence : Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle (PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES) (French Edition)*. Mardaga.
- Nadon, G., Feldman, D. & Gisel, E. (2013), Feeding Issues Associated with the Autism Spectrum Disorders, in 'Recent Advances in Autism Spectrum Disorders - Volume I.
- Oren, A., Dromi, E., Goldberg, S. & Mimouni-Bloch, A. (2021), 'Pragmatic Profiles of Toddlers With Autism Spectrum Disorder at the Onset of Speech', *Frontiers in Neurology* 11.
- Papadopoulos, D. (2018), 'A General Overview of the Pragmatic Language-Social Skills and Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders', *Autism-Open Access* 08(01).
- Paul, R., Augustyn, A., Klin, A. & Volkmar, F. R. (2005), 'Perception and production of prosody by speakers with autism spectrum disorders', *Journal of Autism and Developmental Disorders* 35(2).
- Peppe, S., Cleland, J., Gibbon, F., O'Hare, A. & Castilla, P. M. (2011), 'Expressive prosody in children with autism spectrum conditions', *Journal of Neurolinguistics* 24(1).
- Perrin, J.. (2011). Le jeu chez les enfants avec autisme.
- Prizant BM, Duchan JF. The functions of immediate echolalia in autistic children. *J Speech Hear Disord* 1981;46:241-9
- Rescorla, L. & Safyer, P. (2013), 'Lexical composition in children with autism spectrum disorder (ASD)', *Journal of Child Language* 40(1).
- Rogers, S. (1996), 'Déficits imitatifs: le cas de l'autisme', *Enfance* 49(1).
- Roth, G., & Dicke, U. (2012). Evolution of the primate brain. *Progress in Brain Research*. Published.
- Roussel, P. (2005). Chapitre 9. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. Dans : , P. Roussel & F. Wacheux (Dir), *Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (p. 245-276). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Schoen, E., Paul, R. & Chawarska, K. (2011), 'Phonology and vocal behavior in toddlers with autism spectrum disorders', *Autism Research* 4(3).

Secrétariat d'Etat Chargé des Personnes Handicapées. (2021, 26 février). *Les plateformes de coordination et d'orientation TND*. handicap.gouv.fr. <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/plateformes-tnd>

Singly, F. D. (2020). *Le questionnaire - 5e éd. (128) (French Edition)*. Armand Colin.

Tomchek, S. D. & Dunn, W. (2007), 'Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile', *American Journal of Occupational Therapy* 61(2).

Truffeau, R. (2016). Autisme et douleur. *Rééducation Orthophonique*, 1(265), 103-118.

Volden, J., & Lord, C. (1991). Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(2), 109-130. <https://doi.org/10.1007/bf02284755>

## **Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un trouble du spectre autistique d'après le DSM V**

Critères diagnostiques 299.00 (F84.0)

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés :

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle.
2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales.
3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. La sévérité est codée en trois niveaux (niveau 1 : nécessitant de l'aide ; niveau 2 : nécessitant une aide importante ; niveau 3 : nécessitant une aide très importante).

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage.
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés.
3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but.
4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel, social, scolaire (professionnels ou dans d'autres domaines importants).

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement.

La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

Spécifier si :

- avec ou sans déficit intellectuel associé ;
- avec ou sans altération du langage associée ;
- associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ;
- associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental ;
- avec catatonie.

## Annexe 2 : Facteurs de risques de TND/TSA selon la HAS


Facteurs de haut risque	Facteurs de risque modérés
Grande prématurité (<32 SA)	Prématurité modérée et tardive
Prématurité (<37 SA) associée à un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou petit poids pour l'âge gestationnel	Petit poids de naissance pour l'âge gestationnel
AVC périnatal artériel	Malformations cérébrales et cérébelleuses à pronostic indéterminé
Micro ou macrocéphalie	
Encéphalopathie supposée hypoxo-ischémique (ayant une indication d'hypothermie thérapeutique)	Encéphalopathie supposée hypoxo-ischémique de grade 1
Antécédents familiaux sévères de TND au premier degré	
Infection congénitale à cytomégalovirus	Choc septique à hémoculture positive
Méningo-encéphalite bactériennes et virales herpétiques	Méningo-encéphalite à entérovirus
Cardiopathies congénitales complexes opérées	
Exposition prénatale à un toxique majeur : valproate de sodium (antiépileptique), alcool (avec signe de foetopathie)...	Exposition à l'alcool sans signe de foetopathie, ou à une autre substance psycho-active
Chirurgie majeure, prolongée et répétée	




## Annexe 3 : Brochure de repérage des signes d'alertes d'un TND à destination des médecins généralistes

### Facteurs de haut risque de TND

- Frère ou sœur ou parent de 1<sup>er</sup> degré ayant un TND
- Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques, etc.)
- Grande prématurité (moins de 32 semaines d'aménorrhée)
- Poids de naissance inférieur à 1 500 g
- Encéphalopathies aigües néonatales (incluant convulsions)
- Anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie corps calleux, etc.)
- Microcéphalie (PC < -2 DS, congénitale ou secondaire)
- Infections congénitales ou néonatales (CMV, toxoplasmose, rubéole, méningites / encéphalites, etc.)
- Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement
- Cardiopathies congénitales complexes opérées
- Chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax)
- Ictère néonatal sévère, y compris à terme (bilirubine >400 µmol/l)



 Changeons la donne - 5

### Comportements instinctuels, sensoriels, émotionnels particuliers

#### Fonctions physiologiques instinctuelles (sommeil, alimentation) :

- Troubles durables et quasi quotidiens du sommeil (endormissement, réveils nocturnes)
- Grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge (préfère les structures lisses, refuse les morceaux, a une aversion pour les aliments d'une certaine couleur, etc.)
- Difficultés de prises alimentaires (durée des repas très longue, réflexe nauséeux massif)

#### Profil sensoriel et sensori-moteur particulier :

- Aversion / évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus
- Hyper-réactivité ou hypo-réactivité à des stimuli sensoriels (absence de réaction à un bruit fort ou réaction exagérée pour certains bruits, évitement ou attirance pour la lumière)
- Exploration / utilisation étrange des « objets » et de l'environnement
- Mouvements répétitifs, stéréotypés : gestuelles (battements des mains, mouvements des doigts devant les yeux) ou corporelles (balancements, tournolements, déambulations, etc.)
- Comportement anormalement calme voire passif, bougeant très peu (hypo-mobilité) pour les enfants de moins de 24 mois

#### Régulation émotionnelle inhabituelle pour l'âge et quel que soit l'environnement :

- Intolérance exagérée au changement de l'environnement<sup>(1)</sup>
- Colères violentes et répétées, inconsolables
- Hyperactivité motrice incontrôlable (se met en danger)

(1) Colère, chagrin, réaction de peur, disproportionnés ou sans objet apparent, avec violence (auto ou hétéro-agressivité), non apaisables et répétées.

 Changeons la donne - 6

### Signes d'alerte à 6 mois

**2 « non » dans 2 domaines différents**

**Motricité globale, contrôle postural et locomotion**

- Tient sa tête stable sans osciller (attendu à 4 mois)  oui  non
- Tient assis en tripode, avec appui sur ses mains  oui  non

**Motricité fine (cognition)**

- Saisit l'objet tenu à distance  oui  non
- Utilise une main ou l'autre, sans préférence  oui  non

**Langage oral**

- Tourne la tête pour regarder la personne qui parle  oui  non
- Vocalise des monosyllabes  oui  non

**Socialisation**

- Sourit en réponse au sourire de l'adulte (attendu à 3 mois)  oui  non
- Sollicite le regard de l'autre<sup>(2)</sup>  oui  non

Commentaire libre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(2) Par exemple, pleure quand on ne le regarde pas et s'arrête quand on le regarde.

 Changeons la donne - 7

### Signes d'alerte à 12 mois

**2 « non » dans 2 domaines différents**

**Motricité globale, contrôle postural et locomotion**

- Passe tout seul de la position couchée à la position assise  oui  non
- Tient assis seul sans appui et sans aide, dos bien droit  oui  non
- Se déplace seul au sol  oui  non

**Motricité fine (cognition)**

- Cherche l'objet que l'on vient de cacher (attendu à 9 mois)  oui  non
- Prend les petits objets entre le pouce et l'index (pince pulpaire)  oui  non

**Langage oral**

- Réagit à son prénom (attendu à 9 mois)  oui  non
- Comprend le « non » (un interdit)<sup>(3)</sup>  oui  non
- Prononce des syllabes redoublées (ba ba, ta ta, pa pa, etc.)  oui  non

**Socialisation**

- Regarde ce que l'adulte lui montre avec le doigt (attention conjointe)  oui  non
- Fait des gestes sociaux (au revoir, bravo)  oui  non

Commentaire libre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(3) À distinguer de la réaction d'arrêt et de peur au cri d'un adulte.

 Changeons la donne - 8

## Signes d'alerte à 18 mois

2 « non » dans 2 domaines différents

### Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Se lève seul à partir du sol (transfert assis-débout sans aide)  oui  non
- Marche sans aide (plus de cinq pas)  oui  non

### Motricité fine (cognition)

- Empile deux cubes (sur modèle)  oui  non
- Introduit un petit objet dans un petit récipient (attendu à 14 mois)  oui  non

### Langage oral

- Désigne un objet ou une image sur consigne orale (chat, ballon, voiture, etc.)  oui  non
- Comprend les consignes simples (chercher un objet connu, etc.)  oui  non
- Dit spontanément cinq mots (maman, dodo, papa, tiens, encore, etc.)  oui  non

### Socialisation

- Est capable d'exprimer un refus (dit « non », secoue la tête, repousse de la main)  oui  non
- Montre avec le doigt ce qui l'intéresse pour attirer l'attention de l'adulte  oui  non

Commentaire libre :

---

---

---

---

---

---

---

---

En cas de suspicion clinique de trouble du spectre de l'autisme, la grille peut être complétée par l'outil M-Chat de 16 à 30 mois.



Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

## Signes d'alerte à 24 mois

2 « non » dans 2 domaines différents

### Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Court avec des mouvements coordonnés des bras  oui  non
- Monte les escaliers marche par marche (seul ou avec aide)  oui  non
- Shoote dans un ballon (après démonstration)  oui  non

### Motricité fine (cognition)

- Empile cinq cubes (sur modèle)  oui  non
- Utilise seul la cuillère (même si peu efficace)  oui  non
- Encastre des formes géométriques simples  oui  non

### Langage oral

- Dit spontanément plus de dix mots usuels  oui  non
- Associe deux mots (bébé dodo, maman partie)  oui  non

### Socialisation

- Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette, garage)  oui  non
- S'intéresse aux autres enfants (crèche, fratrie, etc.)  oui  non

Commentaire libre :

---

---

---

---

---

---

---

---

En cas de suspicion clinique de trouble du spectre de l'autisme, la grille peut être complétée par l'outil M-Chat de 16 à 30 mois.



Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

## Signes d'alerte à 3 ans (36 mois)

2 « non » dans 2 domaines différents

### Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Monte l'escalier seul en alternant les pieds (avec la rampe)  oui  non
- Sautte d'une marche  oui  non

### Motricité fine (cognition)

- Empile huit cubes (sur modèle)  oui  non
- Copie un cercle sur modèle visuel (non dessiné devant lui)  oui  non
- Enfile seul un vêtement (bonnet, pantalon, tee-shirt)  oui  non

### Langage oral

- Dit des phrases de trois mots (avec sujet et verbe, objet)  oui  non
- Utilise son prénom ou le « je » quand il parle de lui  oui  non
- Comprend une consigne orale simple (sans geste de l'adulte)  oui  non

### Socialisation

- Prend plaisir à jouer avec des enfants de son âge  oui  non
- Sait prendre son tour dans un jeu à deux ou à plusieurs  oui  non

Commentaire libre :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Direction générale de la Santé

## Signes d'alerte à 4 ans

3 « non » dans 2 domaines différents

### Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Sautte à pieds joints (au minimum sur place)  oui  non
- Monte les marches non tenu et en alternant  oui  non
- Lance un ballon de façon dirigée  oui  non
- Sait pédaler (tricycle ou vélo avec stabilisateur)  oui  non

### Motricité fine et praxies

- Dessine un bonhomme têtard   oui  non
- Copie une croix orientée selon le modèle  (non dessiné devant lui)  oui  non
- Fait un pont avec trois cubes (sur démonstration)  oui  non
- Enfile son manteau tout seul  oui  non

### Langage oral

- Utilise le « je » pour se désigner (ou équivalent dans sa langue natale)  oui  non
- A un langage intelligible par une personne étrangère à la famille  oui  non
- Conjugue des verbes au présent  oui  non
- Pose la question « Pourquoi ? »  oui  non
- Peut répondre à des consignes avec deux variables pour retrouver des objets absents (va chercher ton manteau dans ta chambre)  oui  non

### Cognition

- A des jeux imaginatifs avec des scénarios  oui  non
- Compte (dénombrer) quatre objets  oui  non
- Sait trier des objets par catégories (couleurs, formes, etc.)  oui  non

### Socialisation

- Accepte de participer à une activité en groupe  oui  non
- Cherche à jouer ou interagir avec des enfants de son âge  oui  non

Commentaire libre :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Direction générale de la Santé

## Signes d'alerte à 5 ans

3 « non » dans 2 domaines différents

### Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Tient en équilibre sur un pied au moins cinq secondes sans appui  oui  non
- Marche sur une ligne (en mettant un pied devant l'autre)  oui  non
- Attrape un ballon avec les mains  oui  non

### Motricité fine et praxies

- Dessine un bonhomme en deux à quatre parties (au moins deux vides)  oui  non
- Copie son prénom en lettres majuscules (sur modèle)  oui  non
- Copie un carré (avec quatre coins distincts)  oui  non

### Langage oral

- Fait des phrases de six mots avec une grammaire correcte  oui  non
- Comprend des éléments de topologie (dans/sur/derrière)  oui  non
- Nomme au moins trois couleurs  oui  non

### Cognition

- Décrit une scène sur une image (personnages, objets, actions)  oui  non
- Compte jusqu'à dix (comptine numérique)  oui  non

### Socialisation

- Connait les prénoms de plusieurs de ses camarades  oui  non
- Participe à des jeux collectifs en respectant les règles  oui  non

Commentaire libre :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Direction générale de la Santé

## Signes d'alerte à 6 ans

3 « non » dans 2 domaines différents

### Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Sautte à cloche pied trois à cinq fois (sur place ou en avançant)  oui  non
- Court de manière fluide et sait s'arrêter net  oui  non
- Marche sur les pointes et les talons  oui  non

### Motricité fine et praxies

- Ferme seul son vêtement (boutons ou fermeture éclair)  oui  non
- Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration  oui  non
- Copie un triangle  oui  non
- Se lave et/ou s'essuie les mains sans assistance  oui  non

### Langage oral

- Peut raconter une petite histoire de manière structurée (avec début, milieu et fin)(exemple : histoire qu'on lui a lu, dessin animé qu'il a vu, événement qui lui est arrivé ... éventuellement suggéré par les parents)  oui  non
- Peut dialoguer en respectant le tour de parole (par exemple sur un sujet qui l'intéresse)  oui  non
- S'exprime avec des phrases construites (grammaticalement correctes)  oui  non

### Cognition

- Dénombrer dix objets présentés (crayons, jetons, etc.)  oui  non
- Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (5, 2, 9)  oui  non
- Reconnaît tous les chiffres (de 0 à 9)  oui  non
- Maintient son attention environ dix minutes sur une activité qui l'intéresse, sans recadrage  oui  non

### Socialisation

- Reconnaît l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée (sait consoler son/sa camarade)  oui  non

Commentaire libre :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Direction générale de la Santé



## Annexe 6 : Questionnaire

26/04/2021

Repérage et évaluation fonctionnelle précoces des troubles du spectre autistique en libéral

### Repérage et évaluation fonctionnelle précoces des troubles du spectre autistique en libéral

Etat des lieux des pratiques orthophoniques libérales en France

Je suis étudiante en 5ème année d'orthophonie au centre de formation de Toulouse. Dans le cadre de mon mémoire, encadré par Mme Vigneron et Mme Garrigou (orthophonistes), nous nous intéressons aux pratiques orthophoniques libérales en ce qui concerne le repérage et l'évaluation fonctionnelle des troubles du spectre autistique (TSA) chez les enfants de moins de 6 ans. L'objectif étant d'analyser ces pratiques et de dégager les éventuels besoins des orthophonistes afin de proposer des pistes de solution (formation, plaquette, etc.)

Ce questionnaire a une durée de 10 minutes. Les réponses seront anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude (pouvant éventuellement se poursuivre sur plusieurs mémoires). Vous aurez la possibilité de choisir de renseigner ou non votre adresse e-mail selon si vous êtes intéressé-es pour connaître les suites de cette étude. En cliquant sur suivant, vous consentez à répondre cette étude.

Aucun pré-requis (connaissances ou intérêt pour les TSA par exemple) n'est nécessaire pour répondre à cette enquête. Le but est au contraire de représenter la diversité des pratiques orthophoniques et d'identifier les potentiels leviers d'améliorations pour la pratique orthophonique libérale. Pour la fiabilité des résultats, les réponses doivent être au plus proche de la réalité de votre pratique.

Un grand merci pour votre contribution.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à me joindre : [lola.ricard@gmail.com](mailto:lola.ricard@gmail.com)  
Lola Ricard

\*Obligatoire

Profil et modalités d'exercice

[https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv\\_7H5g\\_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit](https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv_7H5g_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit)

1/17

26/04/2021

Repérage et évaluation fonctionnelle précoces des troubles du spectre autistique en libéral

- Gers
- Gironde
- Hérault
- Ille-et-Vilaine
- Indre
- Indre-et-Loire
- Isère
- Jura
- Landes
- Loir-et-Cher
- Loire
- Haute-Loire
- Loire-Atlantique
- Loiret
- Lot
- Lot-et-Garonne
- Lozère
- Maine-et-Loire
- Manche
- Marne
- Haute-Marne
- Mayenne
- Meurthe-et-Moselle
- Meuse
- Morbihan
- Moselle
- Nièvre
- Nord
- Oise
- Orne
- Pas-de-Calais
- Puy-de-Dôme
- Pyrénées-Atlantiques
- Hautes-Pyrénées
- Pyrénées-Orientales

[https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv\\_7H5g\\_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit](https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv_7H5g_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit)

3/17

26/04/2021

Repérage et évaluation fonctionnelle précoces des troubles du spectre autistique en libéral

#### 1. Département d'exercice \*

Une seule réponse possible.

- Ain
- Aisne
- Allier
- Alpes de Haute-Provence
- Hautes-Alpes
- Alpes-Maritimes
- Ardèche
- Ardennes
- Ariège
- Aube
- Aude
- Aveyron
- Bouches-du-Rhône
- Calvados
- Cantal
- Charente
- Charente-Maritimes
- Cher
- Corrèze
- Corse-du-Sud
- Haute-Corse
- Côte-d'Or
- Côtes d'Armor
- Creuse
- Dordogne
- Doubs
- Drôme
- Eure
- Eure-et-Loir
- Finistère
- Gard
- Haute-Garonne

[https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv\\_7H5g\\_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit](https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv_7H5g_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit)

2/17

26/04/2021

Repérage et évaluation fonctionnelle précoces des troubles du spectre autistique en libéral

- Bas-Rhin
- Haut-Rhin
- Rhône
- Haute-Saône
- Saône-et-Loire
- Sarthe
- Savoie
- Haute-Savoie
- Paris
- Seine-Maritime
- Seine-et-Marne
- Yvelines
- Deux-Sèvres
- Somme
- Tarn
- Tarn-et-Garonne
- Var
- Vaucluse
- Vendée
- Vienne
- Haute-Vienne
- Vosges
- Yonne
- Territoire de Belfort
- Essonne
- Hauts-de-Seine
- Seine-Saint-Denis
- Val-de-Marne
- Guadeloupe
- Martinique
- Guyane
- La Réunion
- Mayotte

[https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv\\_7H5g\\_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit](https://docs.google.com/forms/d/1f4Mnif06odemv_7H5g_Eo3CymzSlnZpgR4pHB-4044/edit)

4/17

2. Dans quelle zone exercez-vous ? \*

Une seule réponse possible.

- Zone très sous-dotée
- Zone sous-dotée
- Zone intermédiaire
- Zone très dotée
- Zone sur-dotée

3. Age \*

\_\_\_\_\_

4. Sexe \*

Une seule réponse possible.

- Femme
- Homme

5. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'orthophonie ? \*

Le mois et le jour n'importent pas dans la réponse

Exemple : 7 janvier 2019

\_\_\_\_\_

8. Si votre exercice est mixte, la structure qui vous emploie accueille-t-elle des enfants porteurs de TSA ? \*

TSA = trouble du spectre autistique

Une seule réponse possible.

- Oui, mais je ne prends pas en soin ces personnes
- Oui, je prends en soin ces personnes
- Non
- Non concerné.e

9. Etes-vous maître de stage pour les étudiants en orthophonie ? \*

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Je suis néo-diplômé.e (moins de 3 ans d'exercice)
- Rarement, moins d'un.e étudiant.e dans l'année
- Fréquemment, au moins un.e étudiant.e dans l'année
- Très régulièrement, au moins un.e étudiant.e par semestre

10. Avez-vous déjà effectué une formation continue en lien avec les troubles du spectre autistique (TSA) ? \*

Une seule réponse possible.

- 0
- 1
- 2
- 3 et plus

6. De quel centre de formation, êtes-vous diplômé.e ? \*

Une seule réponse possible.

- Amiens
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Lille
- Limoges
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Poitiers
- Rennes
- Rouen
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours
- Equivalence d'un diplôme étranger

7. Quel est votre type d'exercice ? \*

Une seule réponse possible.

- Libéral
- Mixte

11. Accueillez-vous des personnes porteuses de TSA dans votre patientèle ? \*

TSA = troubles du spectre autistique

Une seule réponse possible.

- Non, jamais ou de manière exceptionnelle
- Rarement (moins de 10% de ma patientèle)
- Fréquemment (10-25% de ma patientèle)
- Très fréquemment (plus de 25% de ma patientèle)

#### Généralités

12. Etes-vous familiarisé.e avec le terme de "trouble du neuro-développement" (TND) ? \*

Une seule réponse possible.

- Non, je ne sais pas à quoi il correspond
- Peu familiarisé.e je l'ai déjà entendu/lu mais ce n'est pas totalement clair
- Plutôt familiarisé.e, le concept est clair mais je ne l'utilise pas dans ma pratique
- Familiarisé.e, j'utilise ce terme dans ma pratique

13. Dans votre pratique avez-vous l'habitude de vous référer à / prendre connaissance de... \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
Recommandations de la HAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DSM V	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Publications scientifiques (ouvrages, articles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réseaux sociaux (groupes d'orthophonistes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Si il y a lieu, sur quelles autres références ou modèles vous appuyez-vous dans votre pratique en ce qui concerne les TSA ?

TSA = trouble du spectre autistique

\_\_\_\_\_

15. Avez-vous déjà reçu une demande de bilan pour un enfant de moins de 6 ans adressé pour une suspicion de TSA ? \*

TSA = trouble du spectre autistique

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non

16. Répondez-vous positivement à ce genre de demande sous réserve de créneaux disponibles dans votre emploi du temps? \*

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non  
 Non concerné

17. Si vous répondez négativement à ces demandes malgré la présence de créneaux disponibles dans votre emploi du temps, quelles sont les possibles raisons de votre refus ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de formation sur les troubles  
 Manque de matériel adapté  
 Non concerné.e

Autre :  \_\_\_\_\_

21. Parmi les domaines ci-dessous, diriez-vous que vous connaissez les particularités de fonctionnement liées à un TSA qui y sont associés ? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Je connais les signes d'un TSA dans ce domaine	Je connais quelques signes de TSA dans ce domaine	Je ne connais pas les signes de TSA dans ce domaine	Selon moi, il n'y a pas de signes de TSA dans ce domaine
Les précurseurs de la communication (attention conjointe, pointage etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sensorimotricité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le jeu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langage oral : compréhension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langage oral : expression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La communication (pragmatique et non-verbale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les comportements émotionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les interactions sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sensorialité (oralité incluse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les fonctions oro-myo-faciales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les fonctions exécutives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Lors d'un bilan concernant une plainte liée au langage oral et/ou à la communication pour un enfant de moins de 6 ans, avez-vous déjà suspecté un TSA ? \*

TSA = trouble du spectre autistique

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non

#### Signes d'alertes et particularités de fonctionnement liés aux TSA

19. Selon vous, l'orthophoniste est-il.elle légitime pour repérer des signes d'alerte de TSA chez un enfant de moins de 6 ans ? \*

Une seule réponse possible.

- Pas du tout légitime  
 Peu légitime  
 Plutôt légitime  
 Légitime

20. Selon vous, les inquiétudes parentales constituent un signe d'alerte : \*

Une seule réponse possible.

- Pas du tout fiable (0-25 % de fiabilité)  
 Peu fiable (25-50 % de fiabilité)  
 Plutôt fiable (50-75 % de fiabilité)  
 Fiable (75-100 % de fiabilité)

Le traitement de l'information / la perception

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le langage écrit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Moyens et outils d'évaluation

22. Avez-vous une trame d'évaluation pour les enfants ayant peu ou pas de langage ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non

23. Lors de l'évaluation d'un enfant non-verbal avec suspicion (par vous ou un tiers) d'un TSA, quels outils utilisez-vous ? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Peu	Fréquemment	Toujours	Non concerné : je n'évalue pas les jeunes enfants non-verbaux
Tests normés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Films familiaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questionnaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observation qualitative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Lors de l'évaluation d'un enfant en cours d'acquisition du langage avec suspicion (par vous ou un tiers) d'un TSA, quels outils utilisez-vous ? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Peu	Fréquemment	Toujours	Non concerné : je n'évalue pas les jeunes enfants en cours d'acquisition du langage
Tests normés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Films familiaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questionnaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observation qualitative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Quels tests et/ou batteries utilisez-vous pour évaluer un jeune enfant avec peu ou pas de langage ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- EVALO BB  
 EVALO 2-6  
 EVIP (Echelle de Vocabulaire en Images Peabody)  
 EXALANG 3-6  
 N-EEL (Nouvelles Epreuves pour l'Examen du Langage)  
 O-52  
 REYNELL  
 Test des Habiletés Pragmatiques de Shulman  
 Je n'évalue pas les jeunes enfants avec peu ou pas de langage  
 Autre :  \_\_\_\_\_

28. Avez-vous eu connaissance de la création de plateformes départementales dédiées aux TND et TSA ? \*

Une seule réponse possible.

- Non  
 Oui, mais ce n'est pas clair pour moi  
 Oui

29. Etes-vous familiarisé.e avec l'organisation du parcours diagnostique des TSA sous forme de lignes (première, deuxième et troisième lignes) ? \*

Une seule réponse possible.

- Pas du tout familiarisé.e : je ne sais pas à quoi correspondent les lignes  
 Moyennement familiarisé.e : je connais cette organisation mais ce n'est pas clair pour moi  
 Familiarisé.e : je connais les rôles de chacun dans ces trois lignes

30. Selon vous, l'orthophoniste en libéral est-il.elle en capacité de participer au diagnostic de TSA ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non, cela est réservé aux orthophonistes exerçant dans une structure dédiée  
 Non, seul l'examen du médecin participe au diagnostic

#### Auto-évaluation

26. Quelles échelles et/ou grilles utilisez-vous dans l'évaluation d'un jeune enfant avec peu ou pas de langage ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- CCC-2 (Children's Communication Checklist)  
 DIALOGORIS 0/4  
 ECSP (Echelle de Communication Sociale Précoce)  
 EVALO BB  
 EVALO 2-6  
 IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif)  
 IDE (Inventaire du Développement de l'Enfant)  
 SCQ (Questionnaire de Communication Sociale)  
 Je n'évalue pas les jeunes enfants avec peu ou pas de langage  
 Autre :  \_\_\_\_\_

#### Le parcours diagnostique

27. Quel est votre réflexe le plus courant en matière d'orientation d'un patient de moins de 6 ans chez lequel vous suspectez un TSA ? \*

CAMSP = Centre d'Action Médico-Sociale Précoce / CMPP = Centre Médico-Psycho-Pédagogique / CMP = Centre Médico-Psychologique

Une seule réponse possible.

- CAMSP / CMPP / CMP / Hôpital de Jour  
 Pédo-psychiatre  
 Neuro-pédiatre  
 Médecin traitant  
 Association en lien avec l'autisme  
 Centre Ressources Autisme

31. Selon vous, quel est l'état de vos connaissances en ce qui concerne les TSA ? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas à jour	Peu à jour	Plutôt à jour	A jour
Sur les signes d'alertes et les particularités de fonctionnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur les moyens et les outils d'évaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur le parcours diagnostique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Seriez-vous intéressée par une réactualisation de vos connaissances en lien avec les TSA ? (plaquette d'information, formations...)\*

Possibilité de cocher plusieurs réponses

Plusieurs réponses possibles.

- Non, car je ne travaille pas avec cette population  
 Non, car j'estime que mes connaissances sont suffisamment à jour  
 Oui, en ce qui concerne les signes d'alertes et les particularités de fonctionnement  
 Oui, en ce qui concerne les moyens et les outils d'évaluation  
 Oui, en ce qui concerne le parcours diagnostique

#### Remerciements

Merci d'avoir contribué à cette étude.  
Si vous avez une question n'hésitez pas à me contacter :  
[lola.ricard@gmail.com](mailto:lola.ricard@gmail.com)

33. Si vous avez une remarque à faire en lien avec les questions précédentes, n'hésitez pas :

---



---



---



---



## **Annexe 7 : Justification de chaque question**

1. Vérifier la répartition de l'échantillon + Faire le lien avec la Q28
2. Vérifier la répartition de l'échantillon
3. Idem
4. Idem
5. Déterminer si la récurrence du diplôme implique de meilleures connaissances
6. Déterminer s'il existe des différences inter-centres de formations susceptibles d'influencer les connaissances des orthophonistes
7. Être capable de dégager, si besoin pour l'analyse, le profil de réponses des orthophonistes spécialisé.e.s dans le domaine des TSA au niveau quantitatif ou qualitatif
8. Idem
9. Déterminer si l'accueil de stagiaires est corrélé avec une mise à jour régulière des connaissances et donc avec l'intégration des recommandations à la pratique
10. Déterminer si la réalisation de formations continues influe sur la mise à jour des connaissances et donc l'intégration des recommandations à la pratique
11. Déterminer la tendance des orthophonistes à accueillir des personnes porteuses de TSA  
+Idem Q7
12. Vérification subjective de la connaissance d'une terminologie (TND) assez récente dans les recommandations modifiant le parcours diagnostique
13. Dégager les références théoriques les plus utilisées par les orthophonistes (permet de définir les moyens privilégiés de prise de connaissance des avancées scientifiques) et déterminer si la HAS est souvent consultée
14. Idem
15. Déterminer le niveau de sollicitation des orthophonistes pour ce type de prise en soin : à quel niveau sont-elles concernées ?
16. Déterminer comment les orthophonistes répondent à ce type de demande
17. Dégager les raisons de leur éventuel refus : permet de déterminer des potentiels leviers d'action
18. Déterminer si la suspicion d'un TSA est une pratique déjà mise en place ou non dans l'exercice orthophonique libéral
19. Déterminer la légitimité subjective des orthophonistes à repérer des signes d'alerte de TSA
20. Vérification objective du positionnement des orthophonistes par rapport à un signe d'alerte choisi à titre d'exemple : les inquiétudes parentales (reconnu fiable à 95 % par la HAS)
21. Vérification subjective du positionnement des orthophonistes dans les domaines où l'on peut retrouver des signes d'alerte et des anomalies de fonctionnement liées aux TSA
22. La trame d'évaluation est prise ici à titre d'indicateur d'une réflexion approfondie (épreuves, choix des moyens et outils) de la part des orthophonistes sur l'évaluation des profils d'enfants non ou peu verbaux.

23. Déterminer les types d'outils utilisés par les orthophonistes dans le cadre d'une évaluation d'un enfant non verbal
24. Déterminer les types d'outils utilisés par les orthophonistes dans le cadre d'évaluation d'un enfant en cours d'acquisition du langage
  - Comparer les pratiques des orthophonistes selon les deux profils présentés
25. Faire un inventaire des tests et batteries utilisés et en dégager les caractéristiques : domaine d'évaluation, standardisation, tranche d'âge
26. Faire un inventaire des grilles et questionnaires utilisés et en dégager les caractéristiques : domaine d'évaluation, standardisation, tranche d'âge
  - Déterminer si il existe des manques sur une tranche d'âge ou un domaine d'évaluation par exemple
27. Le premier réflexe d'orientation est pris ici à titre d'indicateur de la connaissance du parcours de soin (et de son organisation en trois lignes distinctes) et permet ainsi une vérification objective des connaissances des orthophonistes à ce sujet
28. Déterminer si le concept des PCO dédiées aux TND et TSA départementales est connu des orthophonistes + Faire le lien avec Q1
29. Vérification subjective de la connaissance du parcours de soin
30. Vérification objective de la connaissance du rôle de l'orthophoniste dans le diagnostic de TSA
31. Dégager de manière globale le ressenti subjectif des orthophonistes sur leurs connaissances
32. Déterminer une éventuelle demande de mise à jour des connaissances de la part des orthophonistes (en vue de l'éventuelle poursuite du mémoire)
33. Donner la possibilité aux orthophonistes de s'exprimer librement
34. Donner la possibilité aux orthophonistes de renseigner leur adresse e-mail afin de connaître les résultats de l'étude et/ou d'être recontacté pour participer à l'éventuelle suite de l'étude

**Annexe 7bis : Justification de chaque question**

Chaque question est associée avec la dimension qu'elle sert à interroger dans le tableau ci-dessous :

	Echantillon	Description générale	Sous-hypothèse a)	Sous-hypothèse b)	Sous-hypothèse c)	Evaluation de la demande	Analyse des pistes explicatives
Q.1	X						
Q.2	X						
Q.3	X						
Q.4	X						X
Q.5							X
Q.6							X
Q.7							X
Q.8							X
Q.9							X
Q.10							X
Q.11		X					
Q.12		X					X
Q.13							X
Q.14							X
Q.15		X					
Q.16		X					
Q.17							X
Q.18		X					
Q.19			X				
Q.20			X				
Q.21			X				
Q.22				X			
Q.23				X			
Q.24				X			
Q.25				X			
Q.26				X			
Q.27					X		
Q.28					X		X
Q.29					X		
Q.30					X		
Q.31						X	
Q.32						X	

## Annexe 8 : Message type de diffusion du questionnaire

### QUESTIONNAIRE ORTHOPHONISTES LIBERAUX

Bonjour et meilleurs voeux,

Je suis étudiante en 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie au CFUO de Toulouse. Dans le cadre de mon mémoire, encadré par Mme Vigneron et Mme Garrigou (orthophonistes), nous nous intéressons aux pratiques orthophoniques libérales en ce qui concerne **le repérage et l'évaluation fonctionnelle des troubles du spectre autistique** chez les enfants de 0 à 6 ans.

L'objectif est d'analyser ces pratiques et de dégager les éventuels besoins des orthophonistes afin de proposer des pistes de solution.

**Aucun prérequis n'est nécessaire** (connaissances ou intérêt pour les TSA par exemple) pour répondre à cette enquête. Au contraire, la représentation de la diversité des pratiques orthophoniques est recherchée. Pour la fiabilité des résultats, les réponses doivent être au plus proche de votre pratique.

Ce questionnaire a une durée de **10 minutes**. Vous pouvez y accéder via ce lien :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfILhW5k6s5X\\_Q2LHJ85kGoFp9ZiBVIIHU-IEBuNZOICWAXPw/viewform?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfILhW5k6s5X_Q2LHJ85kGoFp9ZiBVIIHU-IEBuNZOICWAXPw/viewform?usp=pp_url)

Pour toutes questions n'hésitez pas à me contacter,

Merci d'avance pour votre contribution,

Lola Ricard

## Annexe 9 : Détail du codage des réponses aux questions ouvertes (14, 17, 25, 26)

### Question 25

Nom de l'outil	0-3 ans	3-6 ans	Langage formel	Langage fonctionnel	Etalonnage
EVALO 2-6		X	X	X	X
EVALO BB	X		X	X	X
EXALANG 3-6		X	X		X
N-EEL		X	X		X
O-52		X	X		X
EVIP		X	X		X
REYNELL	X	X	X		X
Shulman		X		X	X
VB MAPP	X	X		X	
ELO		X	X		X
Test des Bulles	X			X	X
CLEA		X	X	X	X
BILO Petit		X	X		X
Nelly Carole	X		X		X
TVAP		X	X		X
DPL 3		X	X	X	X
PREL	X			X	N-R
TCGR		X	X		X
EDA		X	X		X

Les items tels que « test qualitatif personnel », « observation qualitative » ont été regroupés sous la dénomination « Autre » et seule la variable « non standardisée » a pu être attribuée.

Les items tels que « pas de tests » n'ont pas donné lieu à une attribution de variables.

Les items suivant ont été exclus des réponses et n'ont donc pas été codés, les nombres entre parenthèses correspondent aux occurrences de ces items :

PEP-R (4) , Vineland (1) : ces outils appartiennent à un champ professionnel autre que l'orthophonie (plutôt psycho-éducatif).

PER2000 (1), VOCIM (1) : trop peu d'informations à propos de ces tests n'ont pas permis de pouvoir les coder selon les variables déterminées

CELF 5 (1), PELEA (1), ERLA (1) : ces outils concernent une tranche d'âge trop proche ou hors limite de l'étude

Dialogoris 0/4, IFDC, IDE etc. : outils n'appartiennent pas à la catégorie « test » et ont été comptabilisés dans le codage de la question 26

COMVOOR (4) : outil ne participant pas à une évaluation fonctionnelle (plutôt pour la mise en place d'une communication alternative)

## Question 26

Nom de l'outil	0-3 ans	3-6 ans	Langage formel	Langage fonctionnel	Etalonnage
DIALOGORIS 0/4	X		X	X	
CCC-2		X	X	X	X
ECSP	X			X	X
EVALO BB	X		X	X	X
EVALO 2-6		X	X	X	X
IFDC	X		X		X
IDE	X	X	X		X
Wetherby & Dunn	X	X		X	
CARS		X		X	X
M-CHAT	X			X	X
SOS COM		X	X	X	
SCQ		X		X	X
ESDM	X			X	X

Les items tels que « grille personnelle » ont été regroupés sous la variable « Autre » et seule la variable « non standardisée » a pu être attribuée.

Les items tels que « pas de grilles » ou « je ne connais pas le nom » n'a pas donné lieu à une attribution de variables.

Les items suivants ont été exclus des réponses et n'ont donc pas été codés, les nombres entre parenthèses correspondent aux occurrences de ces items :

grille d'Ariane Erlich (1), grille de Denni-Krichel (1), PAC (1), PREL (2), grille d'Annie Dumont (1) : trop peu d'informations à propos de ces tests n'ont pas permis de pouvoir les coder selon les variables déterminées

## Question 14

Les items suivants ont été regroupés sous l'appellation « Formations » (sous-entendu continue), les chiffres entre parenthèses correspondent aux occurrences de ces items :

Formations continues (sans précisions) (31)

ABA (12)

SACCADE (7)

ESDM (10)

PECS (6)

TEACCH (5)

MAKATON (3)

VB MAPP (2)

Les items suivants ont été regroupés sous l'appellation « Ressources », les chiffres entre parenthèses correspondent aux occurrences de ces items :

Ressources (sans précisions) (28) : sites web, livres, cours de formation initiale, mémoires, associations

CRA (5)

ASHA (1)

Association Préaut (1)

Psychanalyse (2)

Constructivisme et Interactionnisme (1)

CIM 10 (1)

Google (1)

Les items faisant référence à d'autres professionnels de santé ont été regroupés sous l'appellation « Collègues » (19).

Les items faisant référence aux stages ou à l'expérience professionnelle ont été regroupés sous l'appellation « Expérience » (10).

### **Question 17**

Les réponses proposées à la question 17 étaient les suivantes :

Manque de formation : 91

Manque de matériel : 53

Non concerné.e. : 299

Autre : 35

Les réponses libres inscrites dans la catégorie « Autre » n'ont pas fait l'objet d'un codage en sous-catégories car aucune tendance n'émergeait assez distinctement. A titre descriptif, les items relevaient le manque d'appétence des professionnels à la prise en charge de patients porteurs de TSA : « Pas envie » (8), « Pas à l'aise » (7), « Difficulté de la prise en charge » (8), ou l'inadaptation du cadre libéral à cette prise en charge (2). D'autres encore faisaient part de l'existence de collègue « mieux formés » (5). Les items restants ne sont pas notés car ils n'apparaissent qu'une fois.

**Annexe 10 : Tableau des outils d'évaluation cités dans l'étude et dans les réponses au questionnaire**

Outil	Domaine évalué	Tranche d'âge	Etalonnage	Forme de passation	Auteurs	Année
EVALO BB	Langage formel et Communication	20 à 36 mois	Oui	Batterie d'observation et d'évaluation	Coquet; Ferrand et Roustit	2021 (dernière version)
EVALO 2-6	Langage oral, Langage écrit, Communication	2 ans 3 mois à 6 ans 3 mois	Oui	Batterie de tests Grille d'observation	Coquet; Ferrand et Roustit	2009
EXALANG 3-6	Langage oral	2 ans 8 mois à 5 ans 10 mois	Oui	Batterie d'épreuves (informatisée)	Helloin; Thibault	2006
ELO	Langage oral	PSM au CM2	Oui	Batterie d'épreuves	Khomsy	2000
BILO Petit	Langage oral	3 ans à 5 ans 6 mois	Oui	Batterie d'épreuves (informatisée)	Khomsy	2009
CLEA	Langage oral Langage écrit Communication	2 ans 6 mois à 14 ans 11 mois	Oui	Batterie d'épreuves (informatisée)	Pasquet; Parbeau-Gueno; Bourg	2014
N-EEL	Langage oral	3 ans 7 mois à 8 ans 7 mois	Oui	Batterie d'épreuves	Chevrie-Muller; Piazza; Fournier et Rigoard	2001
O-52	Compréhension orale	3 à 7 ans	Oui	Test	Khomsy	1987
E.CO.SSE	Compréhension syntaxico-sémantique orale et écrite	4 à 12 ans	Oui	Test	Lecocq	1996
EVIP	Lexique oral réceptif	2 ans 6 mois à 18 ans	Oui (Canada)	Test	Dunn Dunn Lloyd M. Leota M. Claudia M. Theriault-Whalen	1993

Outil	Domaine évalué	Tranche d'âge	Etalonnage	Forme de passation	Auteurs	Année
TVAP 3-5	Lexique oral réceptif et actif	3 à 5 ans	Oui	Test	Deltour; Hupkens	1998 (dernière version de l'étalonnage)
CELF	Langage oral Communication	4 à 8 ans	Oui	Batterie d'épreuves	Wigg	2009
ECSP	Communication	3 à 30 mois	Oui	Situations semi-dirigées	Guidetti; Tourette	1993
Evaluation des habiletés pragmatiques	Communication (pragmatique)	3 à 8 ans	Oui	Situations semi-dirigées	Shulman	1985
Echelle de compréhension Reynell (RDLS-III)	Compréhension orale	1 an 6 mois à 7 ans	Oui	Situations semi-dirigées	Edwards; Fisher	2009 (validation française par Claire Brevet)
CCC-2	Langage oral Communication	4 ans à 16 ans	Oui	Questionnaire parental	Bishop	2003
Grille de Wetherby & Prutting	Communication	N-R	Non	Situations semi-dirigées	Wetherby; Prutting	1986
IFDC	Langage oral	12 à 24 mois	Oui	Questionnaire parental	CNRS; AFPA	2005
IDE	Langage oral	15 mois à 5 ans 11 mois	Oui	Questionnaire parental	Adaptation du CDI (Ireton) par Duyme; Capron; Zorman	2010 (dernière version)
Dialogoris 0/4	Langage oral Communication	0 à 4 ans	N-R	Entretien semi-dirigé	Antheunis; Roy; Ecolani-Bertrand	2006
Test des Bulles	Communication	0 à 24 mois	Oui	Situations semi-dirigées	Thérond-Reboux	2017
PER 2000	N-R	3 ans 6 mois à 5 ans 6 mois	N-R	N-R	Ferrand	2000



Outil	Domaine évalué	Tranche d'âge	Etalonnage	Forme de passation	Auteurs	Année
DPL3	Langage oral Communication	3 ans à 3 ans et demi	Oui	Dépistage : questionnaire, situations semi- dirigées	Coquet; Bruno	2010 (dernière version)
VOCIM	Lexique oral réceptif	3 à 9 ans	N-R	Test	Légé; Dague	1974
Nelly Carole	Langage oral Aptitudes psycho- motrices	18 à 36 mois	Oui	Batterie d'épreuves	Chevronnet; Gippa	1988
VB Mapp	Communication	0 à 48 mois	Non	Batterie d'épreuves	Sundberg	2008
SOS COM	Langage oral Communication	âge scolaire	Non	Situations semi- dirigées	Bourque	2002
M-CHAT R	Communication Aspects sensori- moteurs (spécifique à l'autisme)	16 à 30 mois	Oui	Questionnaire parental	Robin; Fein; Barton	2009
CARS 2	Communication Aspects sensori- moteurs	2 ans et plus	Oui	Grille d'observation Questionnaire parental	Reichler; Schopler (Traduction par Rogé)	2010
ESDM Curriculum Checklist	Communication	12 à 48 mois	Oui	Grille d'observation	Rogers; Dawson	2009
Profil de Dunn	Sensorialité	3 ans à 10 ans 11 mois	Oui	Questionnaire parental	Dunn	2010

Outil	Domaine évalué	Tranche d'âge	Etalonnage	Forme de passation	Auteurs	Année
Profil alimentaire des enfants présentant un TED	Oralité	N-R	Oui	Questionnaire parental	Nadon	2007
EDA	Langage oral Langage écrit Cognition mathématiques Fonctions cognitives non-verbales	4 à 11 ans	Oui	Batterie d'épreuves	Billard; Touzin	2012
ERLA	Langage oral Cognition mathématique	6 à 8 ans	N-R	Batterie d'épreuves	Cogi'Act	N-R
PREL	Premiers raisonnements ; langage et objets	Période d'explosion lexicale	N-R	Observation et situations semi- dirigées	Cogi'Act	N-R
SCQ	Communication Relations sociales Comportement	à partir de 4 ans	Oui	Questionnaire	Rutter; Bailey; Lord; Kruck; Baduel; Rogé	2003
TCGR	Production morpho- syntaxique	3 à 9 ans	Oui	Test	Deltour	1998 (version révisée)

## Annexe 11 : Détail des calculs statistiques

- Calcul de la taille de l'échantillon

$$Taille\ de\ l'échantillon = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

z = 1,96 pour un niveau de confiance de 95 % (issu de la loi Normale étant donné que N > 30)

p = 0,5 (valeur communément admise donnant la dispersion maximale de la population)

e = 0,05 pour une marge d'erreur de 5 %

N = 20787 (taille de la population étudiée : nombre d'orthophonistes libéraux en France)

$$\frac{\frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2}}{1 + \left(\frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2 \times 20787}\right)} = 377,37 *$$

\* valeur arrondie au centième

En conclusion, la taille de l'échantillon représentatif dans cette étude est de **378**.

- Calcul de la dépendance entre deux variables (Chi 2)

Valeurs observées :

17	68	44
5	21	64
12	61	104
19	6	5

Valeurs attendues, :

16.0493	47.2394	65.7113
11.1972	32.9577	45.8451
22.0211	64.8169	90.162
3.73239	10.9859	15.2817

Valeurs Chi<sup>2</sup> :

0.0563164	9.12375	7.17349
3.42989	4.33852	7.18946
4.5603	0.224768	2.12386
62.4532	2.26284	6.91763

Degré de liberté = (nombre de colonnes – 1) x (nombre de lignes -1) = (3-1) x (4-1) = 6

Chi<sup>2</sup> = 109.854      p-value = **0**

Le test du Chi 2 est un test statistique non paramétrique comparant la distribution observée à la distribution théorique de l'hypothèse testée. Il permet d'établir ou non une relation de dépendance entre deux variables.

H0 : le degré de familiarisation avec l'organisation du parcours diagnostique des TSA ne dépend pas de la fréquence de consultation des recommandations de la HAS.

H1 : le degré de familiarisation avec l'organisation du parcours diagnostique des TSA dépend de la fréquence de consultation des recommandations de la HAS.

Or, **p-value = 0 < 0,05**.

Nous pouvons conclure que la distribution observée est différente de la distribution attendue.

L'hypothèse H0 est rejetée et l'hypothèse H1 est acceptée. En conclusion, il existe une relation de dépendance entre les deux variables : degré de familiarisation avec l'organisation du parcours diagnostique de TSA et la fréquence de consultation de la HAS.

## RESUME & ABSTRACT

---

### Analyse des pratiques professionnelles: **Repérage et évaluation fonctionnelle précoces des troubles du spectre autistique en libéral**

Les récentes avancées théoriques ainsi que les nouvelles mesures gouvernementales modifient la prise en soin des personnes porteuses de troubles du spectre autistique et bousculent par la même occasion les pratiques des professionnels de santé. Parmi ces professionnels, l'orthophoniste en libéral joue un rôle crucial, sollicité en première ligne comme en deuxième ligne, notamment au niveau des phases de repérage et de diagnostic.

L'objectif de cette étude est de déterminer l'existence ou non de besoins d'intégration des recommandations scientifiques aux pratiques orthophoniques libérales en ce qui concerne le repérage et le diagnostic précoces des troubles du spectre autistique. Dans une visée d'amélioration de la qualité de vie des patients, si des besoins sont identifiés, nous nous attacherons à définir des leviers d'améliorations en nous concentrant sur la population pédiatrique (0-6 ans) afin de favoriser les interventions précoces et donc un meilleur pronostic des troubles.

Pour ce faire, un questionnaire à destination des orthophonistes libéraux français a été élaboré afin de dresser un état des lieux des besoins et des points forts dans les pratiques professionnelles. Les axes d'amélioration à mettre en œuvre concernent une consolidation des connaissances des anomalies de fonctionnement liées aux TSA, une mise à jour des outils d'évaluation utilisés (en particulier sur la tranche d'âge 0-3 ans) et une meilleure appropriation de l'organisation du parcours diagnostique. Pour atteindre ces objectifs, il serait nécessaire de favoriser l'accès des orthophonistes à ces informations en s'adaptant à leurs besoins et aux exigences inhérentes à la profession.

Mots-clés : Troubles du Spectre Autistique, Repérage, Diagnostic, Exercice Libéral, Recommandation de Bonne Pratique

### Analysis of professional practices: **Early identification and functional assessment of autism spectrum disorders in private practice**

Recent theoretical advances and new government measures have changed the care given to people with autism spectrum disorders and are, at the same time, disrupting practices of health professionals. Among these professionals, the speech therapist in private practice holds a key role, as he is needed in the front line as well as in the second line, especially in the phases of identification and diagnosis.

This study aims to determine whether or not scientific recommendations need to be integrated into private speech and language pathologists practices in terms of early identification and diagnosis of autism spectrum disorders. To improve the patient's quality of life, if needs are identified, we will seek to define levers for improvement by focusing on the pediatric population (0-6 years old) in order to promote early intervention and therefore a better prognosis of the disorders.

To that end, a questionnaire for French speech-language pathologists in private practice was developed to provide an overview of the needs and strengths of the current professional practices. The areas for improvement to be implemented include consolidating knowledge of the functioning abnormalities associated with ASD, an update of the evaluation tools used (especially on the age range 0-3 years old) and a better appropriation of the diagnosis path's organization. To achieve these goals, it would be necessary to promote speech-language pathologists' access to this information by adjusting to their needs and the requirements inherent in the profession.

Keywords: Autism Spectrum Disorders, Identification, Diagnosis, Private Practice, Guidelines of Good Practice

