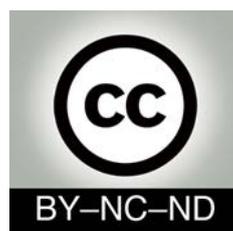




BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

PUPIER Véronique
SOUCHARD Maud

**QUELLE EVALUATION ORTHOPHONIQUE POUR LA MISE
EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE COMMUNICATION
ALTERNATIVE ET AMELIOREE POUR LES PERSONNES
PRESENTANT DES TROUBLES DU SPECTRE DE
L'AUTISME ET/OU UNE DEFICIENCE INTELLECTUELLE ?**

Directrices de Mémoire

PLATEAU Albane
PRUDHON Emmanuelle

Membres du Jury

GALLIFET Natacha
BONGIOVANNI Vanessa
THEROND Béatrice

Date de Soutenance
30 Juin 2016

ORGANIGRAMMES

1. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. ETIENNE Jérôme

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur de la formation

Agnès BO

Professeur Associé

Responsable des mémoires de recherche

Agnès WITKO

M.C.U. en Sciences du Langage

Responsables de la formation clinique

Claire GENTIL

Fanny GUILLON

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du certificat de capacité en orthophonie

Anne PEILLON, *M.C.U. Associé*

Solveig CHAPUIS

Responsable de la formation continue

Maud FERROUILLET-DURAND

Secrétariat de direction et de scolarité

Bertille GOYARD

Ines GOUDJIL

Delphine MONTAZEL

REMERCIEMENTS

Nous souhaiterions remercier les personnes qui nous ont épaulées durant ces deux années et nous ont permis la concrétisation de ce travail de recherche en orthophonie.

Nos maîtres de mémoire, Albane PLATEAU et Emmanuelle PRUDHON : nous leur sommes reconnaissantes de s'être rendues aussi disponibles pour nous, et de nous avoir nourries de réflexions par leur longue pratique et grande implication dans le domaine des Communications Alternatives et Améliorées. Plus particulièrement, nous remercions Albane de nous avoir accueillies à Saint-Etienne pour faciliter notre collaboration et Emmanuelle pour sa précision et ses apports théoriques très pertinents tout au long du travail.

Nous tenons à remercier très chaleureusement chacun des orthophonistes qui ont participé à notre recherche, sur leur temps personnel, en répondant au questionnaire que nous avons élaboré. L'intérêt et l'enthousiasme dont ils nous ont fait part pour notre projet nous ont beaucoup soutenues.

Nous remercions les deux binômes de la promotion 2015 qui nous ont redonné confiance et espoir, Marion PRIGENT et Tiphaine LE FEUVRE aux débuts du travail, ainsi que Elise VERCHERE et Elise VIDBERG en milieu de parcours.

Ce projet a pu également être mené à son terme grâce aux personnes passionnées par leur profession et leur envie de transmettre : Paul BELOUCHAT, documentaliste au CRA Rhône Alpes, qui s'est toujours montré très disponible pour répondre à nos sollicitations ; Lauriane VENIN-CONSOL, orthophoniste qui a relu notre travail à plusieurs reprises ; Lucie ROMANET, orthophoniste qui nous a chaleureusement accueillies dans la structure où elle s'investit avec plaisir près de Chambéry ; Julie McINTYRE, pour son enseignement et ses conseils dont a pu bénéficier Véronique à l'Université de Montréal.

Ce projet de recherche est un travail exigeant, mais nous avons été accompagnées à l'ISTR-Orthophonie de Lyon par Agnès WITKO, qui a su, par son pragmatisme, nous réaiguiller quand nos intentions étaient trop ambitieuses et nous encourager tout au long de ces deux ans ; Lauriane VENIN-CONSOL et Christel GORLIER pour la relecture de nos préprojet et projet ; Lucie BEAUVAIS pour son investissement pour nous aider à rendre notre méthode de recherche rigoureuse ; Anne-Laure CHARLOIS pour le traitement statistique de nos données et sa disponibilité pour répondre à nos questions ; Claire GENTIL pour son écoute bienveillante et soutien en groupe d'Elaboration d'une Pratique Professionnelle et en entretien individuel. Nous remercions également notre jury pour l'intérêt manifesté à l'égard de notre travail et les commentaires qui nous ont permis d'effectuer les dernières corrections : Vanessa BONGIOVANNI, Béatrice THEROND et Natacha GALLIFET.

Un merci mutuel à notre binôme, qui a tenu malgré des conditions proxémiques extrêmes : d'une très grande distance en troisième année à une très grande proximité en quatrième année.

Merci, enfin, à nos proches, famille et amis, qui nous ont entourées durant ces deux années.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	Erreur ! Signet non défini.
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	11
PARTIE THEORIQUE	13
I La communication alternative et améliorée : une réponse aux besoins complexes en matière de communication des personnes avec autisme et/ou déficience intellectuelle	14
1 Eléments de définition des troubles du spectre de l'autisme et des déficiences intellectuelles	14
1.1 Critères diagnostiques.....	14
1.2 Données épidémiologiques	15
2 Caractéristiques de fonctionnement des personnes avec TSA et/ou DI.....	16
2.1 Communication et langage.....	16
2.2 Autres particularités impactant la communication.....	18
3 La communication alternative et améliorée pour le développement de la communication	19
3.1 Subvenir aux besoins en matière de communication	19
3.2 Définition de la communication alternative et améliorée	20
3.3 Objectifs de la communication alternative et améliorée.....	20
3.4 De nombreux types de dispositifs de CAA.....	21
II L'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA	22
1 L'enjeu de l'évaluation	22
2 Cadres conceptuels	22
3 Une indispensable collaboration entre tous les partenaires	23
4 Déroulement de l'évaluation.....	23
4.1 Référence pour l'évaluation de la CAA.....	23
4.2 Évaluation de la communication et des besoins actuels.....	24
4.3 La prise de décision : sélectionner le dispositif de CAA le plus adapté à la situation ...	24
4.4 Mise en place du dispositif de CAA : instruction des personnes et adaptation de l'environnement.....	25
4.5 Évaluation de suivi.....	26

III Critères et outils d'évaluation pour le choix et la mise en place de CAA	27
1 Caractéristiques de la personne.....	28
1.1 Âge et diagnostic	28
1.2 Habiletés sensorielles.....	28
1.3 Habiletés motrices.....	28
1.4 Capacités cognitives et habiletés exécutives	29
2 Communication et langage	30
2.1 Précurseurs à la communication	30
2.2 Communication non symbolique	30
2.3 Langage oral	31
2.4 Pragmatique	31
2.5 Langage écrit	33
3 Participation sociale et autonomie	33
3.1 Participation sociale et situations de handicap.....	33
3.2 Activités quotidiennes de la personne	34
3.3 Loisirs et intérêts de la personne	34
3.4 Besoins de la personne en matière de communication	34
4 Partenaires de communication	34
4.1 Identification des partenaires de communication	35
4.2 Nature des échanges avec les partenaires de communication.....	35
4.3 Attentes et besoins des partenaires.....	35
4.4 Disponibilité des proches et disposition à se former pour utiliser le dispositif de CAA	36
5 Dispositifs de CAA et aménagements déjà mis en place.....	36
 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	 37
I Problématique	38
II Hypothèse théorique.....	38
III Hypothèses opérationnelles	38
 PARTIE EXPERIMENTATION	 40
PARTIE I : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES ORTHOPHONIQUES.....	41
1 PARTICIPANTS.....	41
1.1 Professionnels interrogés.....	41
1.2 Lieu d'exercice des professionnels.....	41

1.3	Mode d'exercice des professionnels	42
1.4	Patientèle	42
2	MATÉRIEL UTILISÉ.....	42
2.1	Formulation et types de questions.....	42
2.2	Organisation du questionnaire.....	44
2.3	Informations recherchées dans chacune des trois parties	44
3	PROCÉDURE D'ENQUÊTE	48
3.1	État des lieux dans la littérature.....	48
3.2	Création d'un carnet d'adresse	48
3.3	Diffusion du questionnaire	48
3.4	Dépouillement des réponses au questionnaire	49
PARTIE II : TABLEAU DE RECUEIL D'OUTILS D'ÉVALUATION.....		49
1	MATÉRIEL.....	49
1.1	Recensement des outils d'évaluation.....	49
1.2	Fiches de présentation	50
1.3	Tableau de recueil d'outils d'évaluation.....	50
2	PROCEDURE.....	50
2.1	Choix des outils.....	50
2.2	Complétion du tableau	50
PRESENTATION DES RESULTATS.....		52
I	Introduction	53
II	Critères d'évaluation	54
1	Indicateurs d'efficacité du dispositif	54
2	Critères évalués par les orthophonistes.....	55
3	Échec du dispositif et causes	56
3.1	Critères non évalués	56
3.2	Causes d'échec liées à l'intervention	56
3.3	Lien entre la prise en compte des critères d'évaluation et l'efficacité du dispositif de CAA	57
4	Identification d'autres critères pertinents	58
5	Degré de prise en compte des critères	58

III Outils d'évaluation	59
1 Caractéristiques de fonctionnement.....	59
2 Compétences communicationnelles et langagières.....	60
3 Partenaires de communication	61
4 Participation sociale et autonomie	62
IV L'évaluation en pratique.....	63
1 Familiarité de l'orthophoniste avec la CAA	63
2 Formation des orthophonistes dans le domaine de la CAA	63
3 Synthèse des critères évalués	64
 DISCUSSION DES RESULTATS.....	 65
I Rappel du cadre théorique et de l'objectif de recherche	66
II Interprétation de nos résultats	66
1 Critères d'évaluation	66
1.1 Indicateurs d'efficacité du dispositif	66
1.2 Critères évalués par les orthophonistes pour la mise en place d'un dispositif.....	67
1.3 Échec du dispositif et causes	68
1.4 Identification d'autres critères pertinents	69
1.5 Degré de prise en compte des critères.....	70
2 Des outils d'évaluation à l'accès inégal	70
3 L'évaluation en pratique	72
3.1 Formations des orthophonistes dans le domaine de la CAA	72
3.2 Synthèse des critères d'évaluation et choix du dispositif	73
III Limites de notre étude	74
1 A propos de la forme du questionnaire	74
2 A propos du contenu du questionnaire.....	75
3 Diffusion du questionnaire	75
IV Perspectives.....	76
1 L'intervention orthophonique découlant de la prise en compte des critères	76
1.1 La synthèse des critères d'évaluation menant au choix d'un dispositif.....	76
1.2 La mise en place du dispositif comme révélateur de son efficacité.....	76
1.3 Accompagnement des partenaires	76

1.4	Éducation thérapeutique.....	77
2	Mutualiser les connaissances et les outils pour l'évaluation de la CAA.....	78
2.1	Des ressources différentes à travers le monde.....	78
2.2	Les difficultés à développer la recherche en France.....	78
2.3	Questions politiques et morales.....	79
2.4	Perspectives d'avenir pour la recherche en CAA.....	79
CONCLUSION		80
REFERENCES.....		81
ANNEXES.....		86
Annexe I : Cadres conceptuels d'évaluation		87
1.	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé.....	87
2.	Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap.....	87
3.	Modèle de Participation (Participation Model) (.....)	88
4.	Modèle de la compétence langagière (Bloom & Lahey, 1978).....	89
Annexe II : Différents types de dispositifs de CAA		90
Annexe III : Tableau récapitulatif des outils d'évaluation disponibles pour l'évaluation préalable pour la CAA		93
Annexe IV : Questionnaire envoyé aux orthophonistes		99
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....		108

SUMMARY

People with Autism Spectrum Disorders (ASD) and/or Intellectual Disability (ID) have complex communication needs due to their specific functioning characteristics. Alternative and Augmentative Communication (ACC) systems are solutions to improve communication and provide a better social participation. Nevertheless, this implementation is complex because numerous factors are involved relating to the person's competence profile and environmental characteristics.

A specific speech-and-language pathology (SLP) assessment enables predictive factors of effectiveness identification that will be matched to the most adapted AAC system. We hypothesize that some criteria should be more predictive to reach to system effectiveness and tools should be available to SLP for this assessment.

In order to determine the practicability of this assessment by SLP, our research consisted in reporting SLP practices about assessment previous to AAC system implementation. Data were collected with 94 french-speaker SLP (from France, Quebec and Belgium) who answered to the questionnaire we designed.

Data analysis suggested that none of the criteria was more specifically to consider. However, SLP gave evidence about a lack of available specific tools to conduct this assessment, to which we wanted to respond, providing an inventory that synthesizes which assessment tool to use for each assessment criterion.

Furthermore, we underlined the importance of supporting communication partners in AAC system implementation, in order to foster its generalization to various life areas. SLP can also offer them a therapeutic education to further their use of the AAC system in many communication situations, furnishing to the person with ASD and/or ID a model of communication which he will be able to appropriate.

KEY-WORDS

Augmentative and Alternative Communication – Autism Spectrum Disorders – Intellectual Disabilities – Assessment – Assessment criteria – Assessment tools – Communication partners – Functional communication

INTRODUCTION

Communiquer est un acte essentiel pour apprendre, s'ouvrir au monde, développer et entretenir des relations sociales, pour interagir avec les autres et pouvoir participer à la vie de la société (Beukelman & Mirenda, 2013).

Une des particularités de la communication est qu'elle se joue entre au moins deux partenaires puisqu'il s'agit d'une action sociale en vue d'exprimer ses besoins, de voir se réaliser une demande, en somme, d'agir sur son environnement. Le message émis doit donc être compris par le partenaire, qui reconnaît l'acte de communication et peut alors y répondre (Snell & Loncke, 2002). La communication doit, en ce sens, être la plus efficace possible.

Elle peut revêtir différentes formes d'expression, comme un geste, une vocalisation ou une verbalisation. Tous les moyens sont valables, pourvu que le message émis soit compris par le partenaire (Cataix-Negre, 2011).

Les personnes avec des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et/ou une Déficience Intellectuelle (DI) présentent des caractéristiques de fonctionnement particulières qui entravent la communication. Les dispositifs de Communication Alternative et Améliorée se veulent donc une réponse à leurs besoins complexes en matière de communication. Or, pour être fonctionnel, le dispositif doit être adapté au profil de la personne et à l'environnement dans lequel elle évolue.

Il existe des types de dispositifs variés, et leur choix découle d'une évaluation qui relève de la compétence de l'orthophoniste, spécialiste de la communication. Cette évaluation consiste en la prise en compte de critères inhérents aux caractéristiques de fonctionnement de la personne, à ses compétences communicationnelles et langagières, à ses partenaires de communication et à sa participation sociale. Sans cette évaluation, le dispositif fourni risquerait d'aboutir à l'échec de la CAA, n'étant pas suffisamment adapté. L'orthophoniste accompagnera ensuite la mise en place du dispositif de CAA choisi pour la personne et ses partenaires de communication, au vu des éléments recueillis lors de cette évaluation préalable.

Notre travail de recherche se veut une première étape dans l'élaboration d'un guide d'évaluation à destination des orthophonistes pour les accompagner dans cette démarche évaluative visant la mise en place d'un dispositif de CAA.

En effet, avant d'envisager l'élaboration d'un tel guide, il nous fallait identifier les besoins des orthophonistes en faisant l'état des lieux des pratiques. Par ailleurs, nous souhaitions considérer les ressources déjà utilisées en France et dans les autres pays francophones (Québec, Belgique, Suisse) dont les pratiques orthophoniques s'influencent, afin de mutualiser les outils existants et probants.

Notre travail a donc consisté à identifier les critères inhérents à la personne et à son environnement les plus importants pour orienter le choix vers un dispositif de CAA qui sera le plus efficace. Le deuxième objectif de cette recherche était de répertorier les outils d'évaluation à mobiliser pour évaluer chacun de ces critères.

Nous nous demandons ainsi :

Quels critères l'orthophoniste doit-il spécifiquement évaluer et prendre en compte pour le choix et la mise en place d'un dispositif de CAA efficace pour les personnes avec TSA et/ou DI et avec l'aide de quels outils peut-il mener cette démarche évaluative ?

Dans un premier temps, nous exposerons les données théoriques concernant la réponse qu'offre la Communication Alternative et Améliorée aux besoins complexes de communication des personnes avec TSA et/ou DI, les principes d'évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA, ainsi que les critères et outils d'évaluation qui serviront à cette évaluation.

Dans un deuxième temps, nous présenterons la méthodologie de recherche suivie pour valider nos hypothèses.

Enfin, après avoir présenté les résultats obtenus, une discussion sera proposée afin d'apporter une réponse à notre problématique et d'ouvrir de nouvelles perspectives tant pour la recherche que pour la clinique.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I La communication alternative et améliorée : une réponse aux besoins complexes en matière de communication des personnes avec autisme et/ou déficience intellectuelle

1 Éléments de définition des troubles du spectre de l'autisme et des déficiences intellectuelles

1.1 Critères diagnostiques

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychologie (APA) (2015) définit les critères diagnostiques des troubles du spectre de l'autisme et des déficiences intellectuelles dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux.

1.1.1 Troubles du spectre de l'autisme

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) (appelés troubles envahissants du développement, TED, dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ou CIM-10, de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1993) sont caractérisés par :

- ✓ des “déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés” (avec des déficits de réciprocité sociale ou émotionnelle ; des comportements de communication non-verbaux utilisés au cours des interactions sociales, et du développement, du maintien et de la compréhension des relations) ;
- ✓ le “caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités” (“caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation d'objets ou du langage” ; “intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non-verbaux ritualisés” ; “intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but” ; “hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement”).

Le diagnostic de TSA implique en outre une apparition des symptômes dès les étapes précoces du développement. Ceux-ci causent des perturbations importantes en termes de fonctionnement actuel social, scolaire ou professionnel ou dans d'autres domaines importants. Enfin, les atteintes “ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global de développement”.

Ces atteintes s'expriment chez les personnes avec autisme à des degrés de sévérité divers, qui se déclinent en trois niveaux déterminés par le degré d'altération du fonctionnement quotidien en fonction de l'aide nécessaire. Cette approche dimensionnelle de l'autisme décrit dans le DSM-5 un continuum de sévérité autour d'une seule catégorie : TSA, qui intègre l'autisme, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégré de l'enfance, le trouble envahissant du développement non spécifié ou atypique.

1.1.2 Déficiences intellectuelles

Les déficiences intellectuelles sont des troubles du développement où l'atteinte concerne majoritairement la sphère cognitive et se traduit par des déficits adaptatifs. Une déficience intellectuelle crée donc un handicap intellectuel. Le diagnostic de handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) implique un double déficit (APA, 2015) :

- A. "Déficit des fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par expérience, confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence standardisés.
- B. Déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale". Le fonctionnement est limité par les déficits adaptatifs dans "un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité".

Enfin, ces déficits apparaissent pendant la période de développement.

Pour chaque domaine -conceptuel, social et pratique- il convient de spécifier la sévérité - léger, moyen, grave, profond- afin de déterminer le niveau d'aide requis. Cette considération ne se fait plus au regard du quotient intellectuel, qui peut s'avérer insuffisant pour estimer les capacités dans des domaines pratiques, mais par rapport au fonctionnement adaptatif.

Le terme de "retard mental" est parfois employé. On utilise le terme de « retard global de développement » lorsque l'évaluation est incertaine et doit être renouvelée (APA, 2015).

1.1.3 Comorbidité et diagnostic différentiel

L'autisme et la déficience intellectuelle sont donc deux troubles du développement qui peuvent se présenter isolément ou être combinés. Certaines pathologies leur sont fréquemment associées, notamment les troubles du comportement, les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), les troubles de la communication sociale (pragmatique), le trouble spécifique du langage (dysphasie), les troubles moteurs (dyspraxie), les troubles psychiatriques, l'épilepsie ou les troubles de l'alimentation. D'après le DSM-5 (APA, 2015), 70% des individus avec TSA présentent un trouble mental comorbide et 40% ont deux comorbidités psychiatriques ou plus. Il s'agit de dissocier ces troubles en procédant à un bon diagnostic différentiel (Mottron, 2006).

1.2 Données épidémiologiques

La fréquence d'apparition de l'autisme a fortement augmenté les dernières années, notamment en raison de la modification des critères diagnostiques du TSA et de la meilleure reconnaissance dont a bénéficié l'autisme au fil du temps. D'après la Haute Autorité de Santé (2010), la prévalence estimée des TSA en 2009 est alors de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans et de 2 pour 1000 pour l'autisme infantile. La prévalence de l'autisme est plus élevée chez les garçons (4 garçons : 1 fille pour l'autisme infantile), a fortiori lorsqu'il n'y a pas de retard mental associé (6 garçons : 1 fille). D'après Mottron (2006), plus de la moitié des personnes avec TSA ne présentent pas de DI.

Le handicap intellectuel affecte environ 1% de la population générale, ce taux de prévalence étant variable selon l'âge. Il est présent dans toutes les cultures et le ratio homme/femme est de 1,6/1 pour le handicap intellectuel moyen. La prévalence du handicap intellectuel grave est d'environ 6 pour 1000 (APA, 2015).

Les causes de déficience intellectuelle sont multiples et sont inconnues dans la moitié des cas (Curry et al, 1997). Les plus fréquentes sont des anomalies chromosomiques (4 à 28%), des génopathies, ou encore des atteintes multifactorielles (troubles cranio-faciaux, malformations cérébrales, interactions entre les gènes et l'environnement, troubles convulsifs comme l'épilepsie, troubles dégénératifs, etc.).

2 Caractéristiques de fonctionnement des personnes avec TSA et/ou DI

Les personnes avec TSA et/ou DI présentent une grande diversité de fonctionnement et des particularités aux niveaux langagier, sensoriel, moteur et cognitif.

2.1 Communication et langage

Des déficits au niveau de la communication sont constants dans tous les troubles du spectre de l'autisme et peuvent se manifester par de multiples symptômes (Mirenda & Iacono, 2009). Le développement de la parole et du langage chez les enfants avec un handicap intellectuel suit les mêmes étapes de développement du langage que l'enfant normal mais selon un rythme bien plus lent et le langage comporte des limitations (Lefort-Leblanc, 2004). Ces déficits peuvent concerner à la fois la forme, le contenu et l'utilisation du langage (aspects phonologiques, morphosyntaxiques, sémantiques et pragmatiques). Un trouble spécifique du langage est parfois associé à un TSA ou une DI (APA, 2015).

2.1.1 Atteintes formelles du langage

Environ 25% des individus avec autisme ne développent pas de langage fonctionnel (Lord, 2002, cité par Howlin, 2006). Quand le langage apparaît, son développement est souvent plus tardif et comporte des anomalies (Luyster, Kadlec, Carter & Tager-Flusberg, 2008). L'écholalie est souvent présente, se définit par une répétition de ce que dit l'interlocuteur et peut être immédiate ou différée. La morphosyntaxe est généralement affectée et le discours comprend des associations de mots mais peu de connecteurs grammaticaux (Gillet, 2013). Le langage des personnes avec TSA est parfois idiosyncratique (Gillet, 2013) : il est compris et partagé uniquement avec un partenaire de communication (Snell & Loncke, 2002). De même, chez les personnes avec DI, un retard d'acquisition du langage est observé. Les phrases sont généralement courtes et la syntaxe peu développée.

Chez les enfants avec TSA, le répertoire phonologique est acquis dans le même ordre que chez les enfants ordinaires (Gillet, 2013). En revanche, les aspects phonologiques sont fréquemment affectés dans le cadre du syndrome de Down et de l'X-fragile, en raison notamment des atteintes physiques présentes dans ces syndromes (malformations faciales, hypotonie...) qui compromettent le développement du babillage et qui réduisent l'intelligibilité.

2.1.2 Contenu du langage : aspects sémantiques

Les personnes avec TSA et/ou DI présentent des déficits de compréhension du langage, les habiletés réceptives restant meilleures que les habiletés expressives dans le TSA (Gillet, 2013) comme dans le DI (Schalick, Westbrook & Young, 2012). Les performances langagières sont bien meilleures dans un cadre concret, en contexte, qu'avec des notions abstraites (Schalick et al, 2012). Des difficultés sémantiques sont présentes, avec l'association d'un mot à un contexte sans possibilité de généralisation (Cuny & Gasser, 2000).

Les personnes avec TSA rencontrent en outre des difficultés de compréhension avec les tournures de phrases passives, les phrases complexes ou abstraites qui impliquent de se décentrer de son propre point de vue et de ses perceptions de la réalité (Gillet, 2013). Ce déficit de compréhension chez les personnes avec TSA serait en lien avec un déficit de la théorie de l'esprit car la compréhension d'un message implique non seulement le traitement sémantique mais aussi la compréhension des intentions, des désirs et des motivations du locuteur (Gillet, 2013).

Par ailleurs, le développement du langage dépend des capacités d'attention conjointe, d'imitation et de jeu, qui sont souvent déficitaires dans le cadre d'un TSA (Luyster et al, 2008).

2.1.3 Utilisation du langage : aspects pragmatiques

L'utilisation du langage est le principal déficit impactant la communication des personnes avec TSA (APA, 2015). Les précurseurs à la communication sont fréquemment perturbés. Wetherby (2006). L'attention conjointe, les capacités de contact visuel, de pointage, d'alternance du regard, d'intention de communication et d'imitation sont très souvent atteintes (Pry & Stahl, 2004) et ne sont pas utilisées spontanément (Lefort-Leblanc, 2004).

Les atteintes pragmatiques sont modérées à sévères chez les personnes avec une forme verbale d'autisme (Monfort, 2005). La communication non verbale est affectée : le regard n'est pas utilisé dans un but de communication les mimiques sociales ne sont pas adaptées, les expressions gestuelles sont appauvries, les gestes sont rarement utilisés dans un but de communication et les personnes avec TSA ne développent pas d'utilisation spontanée d'autres modes de communication comme les gestes ou les mimiques (Rogé, 2015), alors que ces moyens de communication non verbaux sont souvent investis par les personnes avec DI (Casella, 2005, cité par Schalick et al, 2012). Des déficits dans la réciprocité socio-émotionnelle sont également relevés dans le cadre d'un TSA (APA, 2015).

En outre, les personnes avec TSA expriment un panel restreint de fonctions de communication (Gillet, 2013) présentant un tableau de déficit des interactions impliquant un comportement d'initiative ou de réciprocité (APA, 2015). Les mots et les phrases peuvent être utilisés de façon répétitive, comme dans le cas de l'écholalie qui aurait une fonction adaptative pour le maintien de l'interaction et l'autorégulation du comportement et permettrait de répondre ou d'initier la communication (Prizant et coll, cité par Gillet, 2013).

Les personnes avec DI utilisent davantage les actes de communication protoimpératifs (demande d'objet, demande d'action ou expression d'un refus) que les actes de communication protodéclaratifs (attirer l'attention) (Schalick et al, 2012).

2.2 Autres particularités impactant la communication

Des troubles sensoriels, moteurs, cognitifs et exécutifs sont souvent observés chez les personnes avec TSA et/ou DI et sont à mettre en lien avec les déficits relevés au niveau de la communication.

2.2.1 Sensorialité

Des hyper- ou hypodiscriminations précoces peuvent toucher toutes les sensorialités chez les personnes avec TSA (vision, audition, olfaction, gustation, tact, équilibration) (Gazaniol, 2015). Des troubles de la perception visuelle sont observés chez les personnes avec TSA, ce qui risque de compromettre la reconnaissance des visages et le contact visuel (Gillet, 2013), ainsi que l'accès au langage écrit et l'utilisation de moyens de communication alternatifs passant par le canal visuel. L'atteinte des habiletés auditives peut causer des problèmes de compréhension et pour le développement du langage oral, comme dans le cadre du syndrome de Down.

2.2.2 Motricité

Des décalages qualitatifs sont observés dans les acquisitions motrices des personnes avec TSA, le développement est souvent décrit comme étant dysharmonieux et ne suivant pas le « calendrier moteur » (Gazaniol, 2015). La motricité globale et la motricité fine sont concernées : stéréotypies gestuelles et posturales, tenue assise et marche tardives, maladresse générale dans les mouvements globaux et fins sont des particularités motrices fréquemment retrouvées chez les personnes avec TSA. Toutes les fonctions motrices peuvent être atteintes : répartition du tonus, coordination visuo-manuelle, anticipation des ajustements posturaux, organisation du mouvement, intention (Gazaniol, 2015). Ces déficits réduisent donc les expériences sensorimotrices de l'enfant, ce qui ne lui permet pas de construire ses représentations mentales (Schmitz, 2015). De plus, le mécanisme des neurones miroirs serait déficitaire, empêchant le couplage de la perception et de l'action, ce qui est la base de la connaissance motrice servant la compréhension des actions et du monde (Schmitz, 2015). Le développement social et de la communication en subit les conséquences ; en découlent des difficultés dans la mise en place des apprentissages de base (imitation, théorie de l'esprit, mémorisation puis communication verbale, fonctions exécutives...) (Gazaniol, 2015).

2.2.3 Cognition et fonctions exécutives

Les fonctions visuospatiales sont plutôt bien développées chez les personnes avec TSA, en particulier pour tout ce qui a trait au détail, au traitement perceptif local, tandis que le traitement perceptif global est déficitaire (Gillet, 2013). Frith et Baron-Cohen (1987) décrivent un trouble de la cohérence centrale, qui ne permettrait pas d'organiser les informations en un tout cohérent.

Les fonctions exécutives sont un élément important du fonctionnement cognitif puisqu'elles sous-tendent l'adaptation du comportement de l'individu aux sollicitations de l'environnement (Gillet, 2013). Ces opérations comprennent l'attention sélective (inhiber les stimuli non pertinents qui viendraient interrompre le cours d'une activité), la planification (anticiper les conséquences de ses comportements et de ses propos sur ceux des autres), la flexibilité cognitive (capacité à passer d'une tâche cognitive à une autre, à changer de comportement selon les attentes, à alterner ses propres points de vue et ceux des autres) et la mémoire de travail (retenir en mémoire des éléments pour opérer une activité cognitive). Elles sont en lien avec les habiletés communicatives et sociales et sont déficitaires chez les personnes avec TSA (Gillet, 2013).

Les déficits observés dans les fonctions exécutives peuvent expliquer les atteintes au niveau de la cognition sociale. Les personnes avec TSA présentent ainsi des difficultés de perception et de compréhension des scènes sociales, liées à un déficit de la théorie de l'esprit (Frith & Baron-Cohen, 1987). En effet, la capacité à se décentrer de son point de vue et la flexibilité cognitive sont déficitaires chez les personnes avec TSA (Gillet, 2013), ce qui rend difficile l'accès à la métareprésentation et la compréhension des états mentaux (Rogé, 2015).

Des déficits de fonctionnement cognitif sont également observés chez les personnes avec DI et sont la cause de difficultés adaptatives. Il s'agit de capacités d'attention réduites et de déficits de la mémoire sélective (Allen & Schwartz, 2001, cités par Julien-Gauthier, Dionne, Héroux & Mailhot, 2012) qui réduisent l'efficacité des processus de traitement de l'information (Paour, Langevin & Dionne, 1996, cités par Julien-Gauthier et al, 2012). La base de connaissances est souvent pauvre et mal organisée, ce qui complique les apprentissages. Le transfert et la généralisation sont difficiles (Julien-Gauthier et al, 2012).

On retrouve chez les personnes avec TSA une atteinte de la capacité d'utilisation des symboles, c'est-à-dire une difficulté à apprendre un sens conventionnel ou partagé pour les symboles. Or, cette capacité est indispensable pour apprendre des gestes et des mots, dans l'imitation et le jeu (Wetherby, 2006).

Blanc, Adrien, Roux et Barthélémy (2007) relèvent une pauvreté du jeu symbolique chez l'enfant TSA, les périodes de jeu se traduisant par des répétitions de séquences stéréotypées dans un jeu sensori-moteur ou fonctionnel. Les schèmes d'actions et les séquences de comportement ludique sont peu diversifiés et déstructurés. Le trouble de régulation de l'activité (organiser et régler ses actions en fonction des variations environnementales) affecte ainsi la fonction symbolique et perturbe l'accès aux représentations mentales, qui sont la base du jeu symbolique et de la communication.

3 La communication alternative et améliorée pour le développement de la communication

3.1 Subvenir aux besoins en matière de communication

Communiquer ses besoins et désirs de façon libre et échanger des informations à propos de son environnement ou de ses intérêts constituent la base de l'autonomie pour toute personne évoluant dans la société. La Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU du 13 décembre 2006 (entrée en vigueur le 3 mai 2008) affirme ainsi des principes d'autonomie de vie et d'inclusion dans la société (article 19), c'est-à-dire une "pleine intégration et participation". Cela implique alors de faciliter l'accès à "la communication améliorée et alternative et à tous les autres moyens, modes et formes accessibles de communication de leur choix" (article 21). Cet accès doit se doubler d'un apprentissage d'utilisation pour permettre l'épanouissement de la personne et le développement de ses aptitudes au travers de l'éducation (article 24).

L'enjeu est de donner à chaque personne les moyens de communiquer et la communication alternative et améliorée se veut la traduction de ce droit fondamental (Cataix-Negre, 2011). Cette intervention doit se faire le plus précocement possible afin d'assurer à la personne le meilleur développement possible et favoriser ses apprentissages, renforçant ainsi son autonomie et sa participation sociale (HAS, 2012 ; Cress & Marvin, 2003).

3.2 Définition de la communication alternative et améliorée

La communication alternative et améliorée (CAA) veut permettre de pallier la communication des personnes peu ou pas verbales, sous ses versants expressif et réceptif, en proposant un moyen alternatif utilisant d'autres canaux de communication que l'auditivo-verbal et la parole (en développant plutôt les canaux visuel et gestuel), et en mobilisant les capacités actuelles de la personne pour les augmenter (ISAAC-francophone : section francophone de la Société Internationale de la Communication Alternative et Améliorée). Il s'agit donc de "communiquer autrement ou mieux" (Cataix-Negre, 2011).

Selon Beukelman et Mirenda (2013), citant l'American Society of Speech-Language-Hearing Association (ASHA), la CAA peut être pensée comme un système avec quatre composantes : les symboles, les aides et dispositifs, les stratégies, et enfin les techniques. Les symboles se présentent sous forme graphique, audio, gestuelle, textuelle ou tactile. Les dispositifs -permettant de transmettre ou recevoir des messages- peuvent être non-assistés et ne requièrent aucun équipement extérieur au corps, comme les signes, les gestes ou l'expression faciale ; ou ils peuvent encore être assistés et impliquer l'utilisation de matériel, comme des objets réels, des images, des pictogrammes ou l'orthographe. Les techniques renvoient aux façons dont le message peut être transmis. Enfin, les stratégies désignent la manière dont les messages sont transmis le plus efficacement et effectivement : il s'agit d'améliorer le timing du message (donner le message en contexte), de supporter la forme grammaticale des messages et d'améliorer le niveau de communication.

3.3 Objectifs de la communication alternative et améliorée

La mise en place d'un dispositif de CAA vise à développer la compétence communicative de la personne (Light, 1989 ; Light & McNaughton, 2014) dans quatre domaines :

- ✓ La *compétence langagière*, comprenant les habiletés de langage réceptif et expressif dans la langue maternelle de la personne (notamment en langage écrit) ou dans le code employé par le moyen de CAA (incluant la représentation symbolique pour les signes et les pictogrammes) (cette compétence correspond aux pôles forme et contenu dans le modèle de Bloom et Lahey) ;
- ✓ La *compétence opérationnelle*, c'est-à-dire l'habileté technique à utiliser adéquatement et efficacement le dispositif de CAA ;
- ✓ La *compétence sociale*, qui met en jeu des habiletés pragmatiques, essentielles pour l'interaction sociale et requiert des connaissances, une faculté de jugement, des compétences sociolinguistiques et des compétences sociorelationnelles (elle correspond au pôle utilisation dans le modèle de Bloom et Lahey) ;
- ✓ La *compétence stratégique*, comprenant les stratégies compensatoires déployées pour communiquer spécifiquement avec le dispositif de CAA et impliquant d'enseigner son utilisation aux personnes non familières.

L'acquisition de la compétence communicative est influencée par des facteurs psychosociaux tels que la motivation, l'attitude, la confiance et la résilience (Light, 2003) ainsi que des facteurs environnementaux incluant les partenaires de communication (Blackstone & Hunt Berg, 2003).

3.4 De nombreux types de dispositifs de CAA

Les moyens mis en œuvre dans le cadre de la CAA sont variés et regroupent des dispositifs allant de l'absence d'aide technique aux outils numériques les plus sophistiqués. Ces différentes techniques de communication sont employées la plupart du temps de façon combinée, en fonction du contexte et des partenaires de communication (Beukelman & Mirenda, 2013).

Des informations complémentaires sur les dispositifs de CAA sont données en annexe.

3.4.1 *Dispositifs sans aide technique ou « non assistés »*

Les dispositifs dits « non assistés » ne requièrent aucun équipement extérieur au corps et impliquent l'utilisation de symboles tel que des signes et gestes. Leur principal avantage est d'être toujours disponibles puisqu'ils ne dépendent pas d'un support matériel (Wegner, 2012).

L'apprentissage des signes requiert des habiletés motrices ainsi que des capacités de coordination et de contrôle moteurs, mais surtout une bonne proprioception. Les habiletés tactiles et visuelles sont également impliquées dans un apprentissage multimodal (Dunn Klein, 1982). Réaliser des signes demande enfin un fonctionnement dans des domaines tels que la pensée symbolique, les compétences sociales et les fonctions exécutives (Howlin, 2006). L'imitation motrice ne suffit pas pour que les signes soient employés dans la communication, il faut aussi que la personne les intègre comme langage (Dunn Klein, 1982).

3.4.2 *Dispositifs avec aide technique ou « assistés »*

Les dispositifs dits « assistés » sont des dispositifs extérieurs à l'individu qui les utilise dans un but de communication (Mirenda, 2009). Il s'agit de manipuler des objets réels ou des symboles visuo-graphiques comme les photographies, les pictogrammes, les lettres, les mots écrits. Ces derniers peuvent être employés dans des dispositifs de basse technologie (low tech) ou de haute technologie (high tech).

✓ Dispositifs de basse technologie ou « low tech »

Parmi les dispositifs de basse technologie se trouvent les systèmes de communication graphique. Ils s'appuient sur de bonnes capacités visuelles de la personne à qui ils sont proposés et favorisent la compréhension (Wegner, 2012). De par leur aspect visuel et permanent, ils conviennent généralement bien aux personnes avec TSA.

Les symboles visuographiques employés sont plus ou moins transparents : on trouve les objets, les photographies en couleur, en noir et blanc, les objets miniatures, les pictogrammes, les symboles Bliss et enfin les mots écrits, du plus au moins transparent (Mirenda & Locke, 1989, cités par Wendt, 2009).

✓ Dispositifs de haute-technologie ou « high tech »

Les dispositifs de haute technologie renvoient aux dispositifs avec une aide électronique. Ils comprennent les générateurs de parole (Speech Generating Device ou Voice Output Communication Aids) avec une voix digitale ou synthétisée, les logiciels support de code et les tablettes numériques qui offrent l'utilisation d'applications très diverses. Ces types de dispositifs sont en pleine expansion depuis deux décennies et promettent de nombreuses fonctionnalités pour la communication. C'est pourquoi McNaughton et Light (2013) parlent de « révolution numérique ».

Les logiciels de communication permettent de créer des tableaux de communication personnalisés à partir d'une entrée pictographique, alphabétique, phonétique, et proposent souvent d'autres fonctionnalités comme une synthèse vocale. Il existe enfin de nombreuses applications pour tablettes ou téléphones intelligents (Smartphones), incluant des tableaux de communication dynamiques avec un accès par l'écran tactile ou un accès adapté avec un outil.

II L'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA

1 L'enjeu de l'évaluation

La réponse aux difficultés de communication d'une personne ne se résume pas au simple apport d'un support matériel de CAA (Kent-Walsh, Murza, Malani & Binger, 2015). La mise en place d'un dispositif de CAA au plus près des besoins de la personne relève en effet d'un processus complexe et doit s'appuyer sur une évaluation spécifique, qui continue de rassembler des informations au-delà du diagnostic posé (Beukelman & Mirenda, 2013). Le dispositif doit tenir compte de ses intérêts et de ses besoins et être directement lié à son environnement (Howlin, 2006). Pour cela, l'évaluation veut dégager un profil communicatif et langagier de la personne avec TSA et/ou DI et identifier ses compétences, ressources et déficits afin de déterminer ensuite les axes thérapeutiques, notamment une indication pour la mise en place d'un dispositif de CAA (Coudougnan, 2012). L'évaluation vise ainsi à déterminer les moyens qui sont déjà mis en place et ceux qui sont encore nécessaires pour optimiser la participation de la personne dans les activités significatives pour elle (Brady, Bruce, Goldman, Erickson, Mineo, Ogletree, Paul, Ronski, Sevcik, Siegel, Schoonover, Snell, Sylvester & Wilkinson, 2016).

Il s'agit aussi de sonder les attentes des partenaires de communication et les contraintes du milieu, tant au niveau matériel et physique que social et politique, qui pourraient constituer des obstacles freinant la réussite du dispositif de CAA (Beukelman et Mirenda, 2013). Des instructions auprès des partenaires de communication devront être envisagées (Kent-Walsh et al, 2015) et des objectifs mesurables seront définis pour évaluer les résultats (Beukelman & Mirenda, 2013). Dans une démarche d'évaluation rigoureuse menant à un choix de dispositif éclairé, les professionnels devraient considérer les données de la littérature en plus des caractéristiques de l'individu et de son environnement (Charlop, Greenberg & Chang, 2011), constituant ainsi une pratique fondée sur des données probantes.

2 Cadres conceptuels

Les cadres conceptuels de l'évaluation ont évolué au cours des dernières décennies, se détachant d'un modèle individuel médical qui plaçait la déficience au cœur de la problématique du handicap, pour intégrer un modèle social, dans lequel l'environnement est considéré comme producteur de handicap lorsqu'il n'est pas adapté pour la personne (Cataix-Negre, 2011). Plusieurs approches théoriques permettent d'envisager l'évaluation de façon globale, en tenant compte à la fois de l'individu du point de vue de ses compétences et difficultés ; de l'environnement dans lequel il évolue, facilitateur ou comportant des obstacles ; et de la participation de la personne :

- ✓ la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé [CIF] (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2001),
- ✓ le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap [MDH-PPH] (Fougeyrollas, 1998, 2010),
- ✓ le « modèle de participation » (Participation Model) décrit par Rosenberg et Beukelman (1987) puis par Beukelman et Mirenda (1988, 2005, 2013),
- ✓ le modèle de la compétence langagière (Bloom et Lahey, 1978).

Consulter l'annexe I pour des compléments d'information sur les modèles d'évaluation dans lesquels s'inscrit l'évaluation pour la CAA.

3 Une indispensable collaboration entre tous les partenaires

L'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA doit être effectuée par une équipe pluridisciplinaire, qui fédère la personne avec TSA et/ou DI, son entourage (parents...) et des professionnels compétents, et dont la complémentarité des avis permettra de conduire ce processus de façon la plus complète possible (Beukelman & Mirenda, 2013 ; Cuny & Gasser, 2000). Selon le profil de la personne, l'équipe pluridisciplinaire intégrera un professionnel qui voit la personne au quotidien (par exemple un éducateur), un orthophoniste, un psychologue, un ergothérapeute, un orthoptiste, un enseignant (Beukelman & Mirenda, 2013). La Haute Autorité de Santé (2010) stipule que la famille doit être "dès le début un partenaire actif dans ce projet", y compris l'enfant pour qui est mis en place un système de CAA, ses parents et la fratrie. De cette façon, chacun apporte ses connaissances et peut travailler au quotidien dans un environnement précis afin de concourir à la généralisation des acquis.

Il est à noter que, les dispositifs de haute technologie étant dorénavant plus accessibles pour les particuliers, les familles se situent beaucoup dans cette démarche de recherche et d'essai d'applications pour tablettes numériques pour la CAA. Allen et Shane (2014) avertissent cependant que les espoirs des parents en une solution « magique » par le biais de la technologie risquent ensuite de laisser place à la désillusion. En outre, si ceci leur confère plus d'autonomie et de pouvoir dans le choix et la mise en place du dispositif de CAA, cela se fait cependant au détriment de la considération d'un avis clinique d'un professionnel compétent et de son aide pour l'adaptation de l'outil (McNaughton & Light, 2013). En effet, le dispositif de CAA doit enfin être adapté à la personne et une instruction des partenaires de communication sur son utilisation ainsi que sur les stratégies à mettre en place sera bénéfique pour la mise en œuvre du dispositif dans un réel soutien des proches (McNaughton & Light, 2013). Une telle implication des partenaires de communication dans ce processus favorisera en outre l'alliance thérapeutique.

4 Déroutement de l'évaluation

L'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA est un long processus du fait du nombre d'informations à prendre en compte et de la complexité de l'analyse. Beukelman et Mirenda (2013) proposent d'envisager ce processus de façon dynamique et en quatre phases : (1) la référence pour l'évaluation de la CAA, (2) l'évaluation initiale dressant l'état des lieux au niveau de la communication et des besoins actuels, (3) l'évaluation détaillée en prévision des futurs besoins et (4) l'évaluation de suivi afin de faire évoluer le système de CAA en fonction des besoins et capacités de la personne. Entre ces étapes d'évaluation s'ajoutent les phases de choix et de mise en place d'un dispositif.

4.1 Référence pour l'évaluation de la CAA

A l'origine de l'évaluation une demande est faite pour la mise en place d'un dispositif de CAA qui n'est souvent pas formulée par la personne concernée en raison de ses difficultés de communication, mais par sa famille, des éducateurs ou d'autres professionnels qui la côtoient (médecins, orthophonistes, éducateurs, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, enseignants...). Dès ce moment, la famille doit être soutenue et référencée vers les bonnes ressources et les professionnels compétents (Beukelman & Mirenda, 2013).

4.2 Évaluation de la communication et des besoins actuels

Dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire l'orthophoniste procède tout d'abord à une identification des besoins de communication de la personne avec TSA et/ou DI (Mirenda, 2009).

Puis il évalue les capacités de communication verbale et non verbale, et examine les capacités langagières -orales et écrites, en réception et en production- tandis que d'autres informations utiles pour l'intervention au niveau de la communication sont apportées si besoin par les comptes-rendus des autres professionnels : capacités motrices, sensorielles, cognitives et exécutives essentiellement (Beukelman et Mirenda, 2013). Pour les personnes avec TSA et/ou DI, au regard de la très grande variété des tableaux cliniques, cette évaluation détaillée est indispensable (Mirenda, 2009).

Un entretien avec les proches (les parents le plus souvent) permet de renseigner les habitudes de vie du sujet et les contextes de communication et d'enrichir toutes les observations faites par les professionnels afin de dresser un profil global de la compétence communicative de la personne (Beukelman & Mirenda, 2013). Il est préférable de mettre l'accent sur les habiletés présentes et les forces de l'individu plutôt que sur ses incapacités car l'intervention ensuite planifiée pourra s'appuyer sur les compétences identifiées.

Enfin, l'orthophoniste relève les stratégies employées à bon escient par les aidants puis définit des objectifs en planifiant son intervention et la mise en place du dispositif de CAA sur la base des informations récoltées et analysées (Mirenda, 2009).

4.3 La prise de décision : sélectionner le dispositif de CAA le plus adapté à la situation

4.3.1 Synthèse des données et choix du dispositif de CAA

L'étape suivante consiste à mettre en correspondance les données issues de l'évaluation avec les conditions de mise en place que requièrent les différents dispositifs de CAA, c'est-à-dire les caractéristiques de ces dispositifs. Le dispositif de CAA doit être basé sur les compétences actuelles de la personne (Howlin, 2006) et ses besoins (Beukelman & Mirenda, 2013). Il doit aussi anticiper les futurs besoins en favorisant le développement des compétences de la personne (Beukelman & Mirenda, 2013).

Il s'agit alors de sélectionner un ou plusieurs dispositifs de CAA en synthétisant ces données et en considérant les données probantes apportées par la littérature au regard des conditions identifiées (pathologie, capacités de la personne, etc.). Le rôle de l'orthophoniste n'est pas d'investir dans le dispositif le plus élaboré ou la dernière application numérique pour tablette mais avant tout de viser une utilisation fonctionnelle par et pour la personne (Cataix-Negre, 2011). Wilkinson et Hennig (2007) rappellent qu'il existe une myriade de dispositifs de CAA disponibles et que malgré le développement exponentiel des outils technologiques durant les deux dernières décennies, ces derniers ne constituent pas la panacée. La communication étant d'ailleurs multimodale, il est recommandé d'envisager les outils disponibles dans une utilisation complémentaire, selon les situations et les partenaires de communication (Thunberg, 2011).

4.3.2 Difficultés généralement rencontrées par les orthophonistes

Or, les orthophonistes font précisément face à des difficultés pour faire la synthèse de tous ces éléments, en raison des évolutions rapides de la technologie et des nouveaux outils de CAA qui émergent (Dietz, Quach, Lund & McKelvey, 2012 ; McNaughton & Light, 2013). Dietz et al. (2012) décrivent aussi un manque d'évidences cliniques, de données probantes et d'expertise professionnelle, ce qui conduit les orthophonistes à des tâtonnements, dans une démarche qui relève parfois davantage de l'empirisme. Les recherches sont toujours plus nombreuses sur ces questions, et des institutions comme les Centres de Ressources Autisme (CRA), le Centre d'Expertise et de Ressources Nouvelles Technologies (CRNT) ou l'ISAAC sont alors autant de ressources vers lesquelles les orthophonistes peuvent se tourner, en plus des formations disponibles.

Par ailleurs, un autre point critique est l'intégration de l'avis de chacun dans la décision. En premier lieu, l'individu avec TSA et/ou DI ainsi que sa famille doivent pouvoir indiquer leurs préférences au sujet des moyens de CAA proposés (Ganz, 2015). Le choix du dispositif est donc partagé entre la famille et les professionnels, en particulier l'orthophoniste. Ce dernier veillera à accompagner les partenaires de communication dans ce choix en leur donnant les informations nécessaires pour une prise de décision éclairée. Par la suite, l'orthophoniste leur proposera une éducation thérapeutique pour soutenir l'installation du dispositif et favoriser son appropriation par les partenaires de communication.

4.4 Mise en place du dispositif de CAA : instruction des personnes et adaptation de l'environnement

Le succès ou l'échec de n'importe quelle intervention dans le champ de la CAA n'est pas qu'une question de choix de techniques ou d'organisation du contenu ; il est aussi indispensable de considérer les facteurs qui concernent la mise en œuvre du dispositif (Mirenda, 2009). En effet, l'utilisation du dispositif de CAA demande un apprentissage qui concerne à la fois la personne avec TSA et/ou DI et ses partenaires de communication (Beukelman & Mirenda, 2013, Kent-Walsh et al, 2015) : un couplage des approches individuelle et environnementale sera des plus efficaces.

Plusieurs conditions sont nécessaires dans cette opération. Tout d'abord, il s'agit d'anticiper les obstacles, qu'ils soient politiques, liés aux pratiques, liés aux connaissances et aux compétences ou à l'attitude (Beukelman & Mirenda, 2013). L'environnement sera alors adapté autant que possible pour répondre aux besoins de communication (Beukelman & Mirenda, 2013) : position du matériel et des personnes, éclairage, niveau sonore, température, réduction des distractions environnantes qui peuvent impacter la communication et l'apprentissage (Brady et al, 2016).

Il faut ensuite solliciter l'investissement des proches et du personnel intervenant auprès de la personne (Trembath, Iacono, Lyon, West & Johnson, 2014), c'est-à-dire l'ensemble de ses partenaires de communication. Ainsi, l'instruction doit s'effectuer dans tous les lieux et contextes de vie de la personne, auprès de tous les partenaires (Ganz, 2015), en tenant compte de leur niveau et de leur expérience (Hong, Ganz, Gilliland & Ninci, 2014). L'intervention doit être concrète et se faire en situation avec les aides appropriées (Perrier, 2004) ; il s'agit d'apprendre la CAA en utilisation et non pas en leçon. Différents auteurs soulignent ainsi l'importance de la modélisation et du bain de langage (Cataix-Nègre, 2014 ; Howlin, 2006 ; Ronski & Sevcik, 2003), soutenant que la personne qui a besoin de la CAA a

beaucoup plus de chances de développer sa communication expressive et réceptive si le partenaire de communication lui parle en accompagnant sa propre parole de l'utilisation du dispositif de CAA, lui fournissant ainsi un modèle. La Fédération Suisse pour les Téléthèses (2011) préconise d'apporter plus d'afférences (signaux reçus) à la personne que d'efférences (productions) que l'on pourrait attendre d'elle.

L'entraînement concerne donc d'une part le dispositif de CAA en lui-même (son utilisation, son entretien et sa programmation ou son enrichissement) et d'autre part les stratégies que le partenaire de communication emploiera pour favoriser l'utilisation du dispositif par la personne avec TSA et/ou DI (Wegner, 2012). Ces stratégies de communication comprennent des techniques de facilitation et d'incitation : placer un objet désiré hors de portée (sabotage), susciter l'intérêt de la personne en communiquant à propos des choses qu'elle aime, poser des questions, commenter, reprendre la production de la personne en ajoutant un mot (expansion), donner le bon modèle, laisser du temps... et toujours renforcer positivement (Cafiero, 2011).

Les chercheurs suggèrent par ailleurs que l'intervention est plus efficace et permet davantage de généralisation si elle est précoce et intensive (trente heures ou plus d'interventions par semaine) (Howard, Sparkman, Cohen, Green, & Stanislaw, 2005; Warren et al., 2011, cités par Brady et al, 2016).

Ainsi, la CAA veut améliorer la compétence langagière non seulement sur la forme et sur le fond, mais surtout dans son utilisation (De Leo, Lubas & Mitchell, 2012). Il est capital de développer l'utilisation de la CAA pour toutes les situations de communications à travers différentes fonctions : les demandes, mais aussi les commentaires, le partage d'idées, l'expression des émotions (Leo et al, 2012), la protestation (Ganz, 2015). Les études montrent que la demande est la fonction de communication la plus enseignée (Ganz, 2015). Or, si le fait d'enseigner à l'enfant comment faire des demandes permet de réduire les troubles du comportement, cela ne l'aide pas à développer des relations sociales (De Leo et al, 2012).

Pour cela, il est recommandé de se baser sur les fonctions communicatives déjà exprimées par la personne avec TSA et/ou DI, notamment celles qui se traduisent par un comportement particulier que seuls les partenaires de communication les plus proches peuvent décoder, afin d'apprendre à la personne un mode de communication alternatif et plus socialement acceptable pour exprimer toutes ces fonctions de communication (Howlin, 2006). Il s'agit donc de développer les fonctions de communication, déclinées sous les formes verbale et non verbale (Cuny & Gasser, 2000).

4.5 Évaluation de suivi

La véritable évaluation se concrétise donc par l'essai d'un ou de plusieurs dispositifs de CAA répondant aux caractéristiques identifiées lors de l'évaluation initiale (Beukelman & Mirenda, 2013). Une évaluation de suivi permet ensuite d'examiner l'efficacité de la mise en œuvre de la CAA afin d'adapter l'intervention suivant un projet personnalisé qui doit être régulièrement actualisé (HAS, 2010).

La HAS (2010) recommande de définir avec précision des indicateurs de jugement de l'efficacité qui rendront compte du développement de la personne et de sa participation, de sa qualité de vie et de celle de son entourage, ainsi que du maintien et de la généralisation des acquis. Ces indicateurs doivent être définis par l'équipe chargée du suivi et sont propres

à chaque personne. Ils décrivent l'habileté de la personne à participer aux activités spécifiques et dans les contextes qui ont été identifiés comme étant importants lors de l'évaluation initiale des besoins. Il s'agit de l'augmentation du niveau de participation sociale (Beukelman et Miranda, 2013), de compréhension (Howlin, 2006), d'intelligibilité, du nombre d'échanges et de leur initiation, de la diminution des troubles du comportement (Thunberg, 2011 ; Walker & Snell, 2013), du renforcement du lien avec les partenaires de communication, de la réduction du handicap (Beukelman & Miranda, 2013) et d'une meilleure autonomie (Howlin, 2006). Si le niveau désiré n'est pas atteint, Beukelman et Miranda (2013) préconisent de réexaminer la situation selon le Modèle de Participation afin de pallier les potentiels obstacles/barrières d'opportunité et d'accès qui seraient gênants.

Ainsi, le dispositif de CAA est amené à évoluer en fonction des besoins et des capacités de la personne, et doit toujours être pensé de façon à anticiper les futurs besoins (Beukelman & Miranda, 2013).

III Critères et outils d'évaluation pour le choix et la mise en place de CAA

Un ensemble de critères sont à prendre en compte pour la mise en place d'un dispositif de CAA et certains sont spécifiquement à évaluer pour les personnes avec TSA et/ou DI. Ils comprennent les habiletés communicatives de l'individu, les compétences, besoins, culture et attitudes de ses partenaires de communication, ainsi que les supports de communication et les demandes présentées par les différents environnements (Brady et al, 2016). Il n'est pas nécessaire d'explorer tous les paramètres suivants de façon détaillé, notamment en raison de la fatigabilité des personnes (Beukelman & Miranda, 2013). Il s'agit de cibler les domaines de compétence à évaluer spécifiquement en fonction des particularités de la personne.

Un nombre croissant d'outils d'évaluation sont disponibles pour l'orthophoniste et il est fort utile d'en avoir une connaissance actualisée afin d'élaborer l'évaluation au plus proche des besoins spécifiques et compétences de l'individu (Dietz et al, 2015).

Dans cette partie sont présentés différents outils qui permettent d'évaluer les aspects jouant un rôle dans le développement de la communication. Tout d'abord, les tests standardisés sont peu nombreux et ils ne sont pas adaptés, ne sont pas valides pour des personnes avec des incapacités sévères (Brady et al, 2016). Les orthophonistes et les institutions développent donc des outils informels, « faits maison » pour évaluer certaines habiletés lorsque les tests sont inexistantes, trop onéreux ou peu répandus. Par ailleurs, le recueil d'échantillons de communication spontanée, dans des contextes différents et aussi écologiques que possible, fournit de nombreux éléments. L'utilisation de grilles d'observation permet d'orienter cette analyse. De plus, au vu de la finesse requise pour l'évaluation de la communication des personnes TSA et/ou DI, il est primordial de recouper les données issues de ces tests et observations avec les éléments apportés par les parents et les proches (Snell & Loncke, 2002). Les questionnaires parentaux, guides d'entretien clinique et grilles d'observation à destination des proches sont un outil précieux pour cela. Enfin, la compétence de l'orthophoniste se situant dans une évaluation pluridisciplinaire, son analyse se nourrit des éléments apportés par les rapports des autres professionnels.

L'ensemble des outils énoncés sont répertoriés en annexe sous la forme d'un tableau synthétique.

1 Caractéristiques de la personne

1.1 Âge et diagnostic

Le diagnostic donne une première information quant à la communication ; on peut alors s'attendre à certains déficits ou certaines habiletés. Ce sont des points sensibles sur lequel des investigations plus précises devront être menées. En effet, le diagnostic seul ne suffit pas pour proposer un dispositif de communication adapté (Mirenda, 2009).

1.2 Habiletés sensorielles

Les habiletés sensorielles peuvent avoir une influence sur les autres domaines évalués en lien avec la communication (Brady et al, 2016). Il s'agit d'évaluer l'acuité, la perception et l'intégration sensorielles pour la vue, l'ouïe et le toucher (Beukelman & Mirenda, 2013). Les données recherchées à cet effet pourront être respectivement recueillies dans les bilans orthoptique, audiométrique et ergothérapeutique/psychomoteur/kinésithérapique. Il est aussi possible de les évaluer succinctement à l'aide d'une grille d'observation, comme celle de Debré.

L'évaluation des capacités sensorielles indique comment aménager l'environnement au niveau de la disposition du matériel et des partenaires de communication (Brady et al, 2016). Par exemple, l'examen des capacités visuelles donnera une indication sur la taille des symboles à pouvoir proposer de façon à optimiser la place disponible sur un tableau de communication tout en assurant leur accès pour la personne. Par ailleurs, les habiletés tactiles devront être considérées pour le choix du format de CAA, notamment avec les dispositifs de haute technologie qui sont prometteurs mais qui requièrent de bonnes capacités sensorielles perceptives, motrices et cognitives (McNaughton & Light, 2013).

1.3 Habiletés motrices

L'évaluation des habiletés motrices explore les capacités de coordination œil-main, de coordination motrice, de pointage, de manipulation des objets, de désignation, d'imitation gestuelle. Elle examine également la force, le tonus, l'amplitude des mouvements volontaires et l'effet de la posture sur ces habiletés (Brady et al., 2016).

Ces éléments donnent des indications sur la possibilité et la façon de mettre en place des signes, qui requièrent des capacités motrices (Minshew, Goldstein & Siegel, 1997, cités par Wendt, 2009). Cela permet aussi de déterminer un mode de sélection adapté du dispositif de CAA (accès par pointage, sélection avec un contacteur ou une licorne, commande oculo-motrice...).

Les troubles moteurs peuvent ainsi constituer un sérieux frein à l'accès au dispositif de CAA ; il s'agit de choisir un dispositif qui comporte le moins de contraintes possible au niveau moteur. En effet, les personnes avec difficultés motrices peuvent éprouver de grandes difficultés à manipuler les tablettes tactiles, ce qui requiert une bonne coordination de mouvements fins. Le geste de pince qui sert à attraper des objets ou des pictogrammes peut également être compliqué.

Les bilans de l'ergothérapeute et du kinésithérapeute sont de bonnes ressources pour avoir des informations sur les habiletés motrices. Parmi les outils que peut mobiliser l'orthophoniste pour l'évaluation se trouvent le Coghamo, qui propose d'observer l'imitation gestuelle et la coordination motrice, et le Pre-Sign Language Motor Skills (Dunn Klein, 1982), qui présente un guide d'évaluation des capacités requises pour réaliser les signes et renseigne sur la progression à suivre pour leur apprentissage.

1.4 Capacités cognitives et habiletés exécutives

L'évaluation des capacités cognitives renseigne sur la façon dont la personne comprend le monde, ce qui permet d'envisager comment la CAA pourra faciliter au mieux la communication en l'absence de cette compréhension (Beukelman & Mirenda, 2013). Les aspects cognitifs et exécutifs à documenter sont l'attention, la mémoire (à court terme, de travail), les connaissances sociales (liées à la théorie de l'esprit), le niveau de représentation symbolique (comprendre la relation entre les symboles et leurs référents) et la métacognition (mobiliser ses expériences cognitives personnelles dans l'utilisation du langage, les apprentissages, les stratégies de mémoire et l'autorégulation).

Le niveau de représentation symbolique mérite une évaluation sérieuse car c'est ce qui détermine le choix des symboles pour le dispositif de CAA (Wendt, 2009) : la personne a-t-elle intégré le lien entre le mot écrit et son référent sémantique ? Le signe et son référent ? Le pictogramme et son référent ? Ou doit-on plutôt proposer des objets, qui rappellent plus facilement le sens puisqu'ils sont rattachés au contexte ? Le Com Voor (Verpoorten, Noens & Van Berckelaer-Onnes, 2012) est un test standardisé et étalonné auprès de 623 enfants ou adultes néerlandophones, qui évalue le niveau de symbolisme de la personne. Il comprend des épreuves d'encastrement, de tri d'objets selon leur forme, taille (présentation), de tri d'objets et d'images non identiques en fonction de l'attribution de signification (représentation). Le niveau de symbolisme se décline au niveau de la sensation (perception, intégration sensorielle), de la présentation (information en contexte), de la représentation (information non présente concrètement, faisant appel à un référent et impliquant la permanence de l'objet) et de la métareprésentation (sens caché derrière le message littéral). Le niveau de représentation symbolique est donc indispensable pour utiliser des symboles comme des photos, des pictogrammes et des mots écrits, ces derniers faisant appel au plus haut niveau de symbolisme. Le Com Voor permet donc de donner des recommandations en matière de CAA pour l'adaptation au niveau de symbolisme de la personne dans le choix des symboles intégrant le dispositif et des stratégies de communication accompagnant son utilisation. L'Assessment of Basic Learning Abilities (ABLA) (Martin, Martin, Yu, Thomson, Boris & DeWiele, 2014) permet également d'évaluer le niveau de symbolisme à travers des épreuves observant l'imitation, les capacités de discrimination de position, de discrimination visuelle, d'identification visuelle, d'association visuelle et de discrimination auditivo-visuelle.

Par ailleurs, les mêmes capacités cognitives déterminent le caractère statique ou dynamique du dispositif, c'est-à-dire si l'ensemble du vocabulaire est affiché sur la même page ou si une case renvoie à une autre page, comme c'est le cas pour la plupart des logiciels et applications de CAA sur tablettes numériques.

De même, il faut veiller au niveau de représentation symbolique de la personne dans le choix du vocabulaire, qui sera plus ou moins abstrait, et dans son organisation en catégories sémantiques ou d'activités.

Les capacités d'attention et de mémoire impactent elles aussi la communication et sont décisives pour le choix du dispositif de CAA. En effet, tous les dispositifs ne requièrent pas le même niveau d'habiletés : par exemple, l'utilisation de symboles visuographiques requiert moins de capacités mnésiques que celle des signes (Mirenda, 2003).

En outre, le niveau de jeu étant lié au niveau de symbolisme, les épreuves permettant d'observer le jeu de l'enfant (sensori-moteur, fonctionnel, symbolique) contribuent à renseigner au sujet de ses capacités cognitives. Des grilles d'observation du SOS Com et de l'Evaluation du Langage Oral – bébé (EVALO-BB) peuvent documenter cet aspect (manipulation des objets, jeu de faire semblant).

Les comptes-rendus psychologique et neuropsychologique peuvent enfin apporter des informations sur la cognition et sur les fonctions exécutives de la personne.

2 Communication et langage

2.1 Précurseurs à la communication

Un certain nombre de compétences socles à la communication sont importantes pour que l'enfant développe son langage. Leclerc (2005), à partir des travaux de Bloom et Lahey (1978), parle de précurseurs formels, sémantiques et pragmatiques. Les précurseurs pragmatiques servent de plateforme à l'émergence des deux autres types. Il s'agit de la mise en place du regard (contact visuel), la poursuite visuelle, l'attention conjointe, l'attention et l'orientation aux bruits environnants, la capacité à être dans l'échange et le tour de rôle, l'élan à l'interaction, la sensibilité aux personnes, aux choses et aux actions et l'intérêt au jeu. Les précurseurs formels comprennent la capacité à utiliser des mimes, des gestes à visée communicative apportant un complément d'information et des gestes symboliques, la capacité à utiliser le pointage (pour désigner, pour qu'on lui nomme) et la capacité d'imitation motrice (imitation de gestes ou mouvements en direct ou en différé). Les précurseurs sémantiques quant à eux regroupent la reconnaissance des objets et le niveau de jeu.

Différents outils sont disponibles pour évaluer ces compétences, notamment les échelles et grilles d'observation du Dialogoris (Antheunis, Ercolani-Bertrand & Roy, 2006), du SOS Com (Situations d'Observation Structurées de la Communication) (Groupe de travail des orthophonistes des commissions scolaires de la Montérégie, 2002) ou encore de l'Évaluation du Langage Oral - bébé (EVALO BB) (Coquet, Ferrand & Roustit, 2009) concernant l'imitation, l'attention conjointe, l'observation lors d'une activité ou d'un jeu. L'Évaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP) (Guidetti & Tourette, 2011) permet d'évaluer spécifiquement le niveau d'interaction sociale, d'attention conjointe et de régulation du comportement.

2.2 Communication non symbolique

La communication est dite non symbolique ou présymbolique lorsqu'elle comprend peu ou pas de symboles conventionnels (mots, gestes ou symboles pictographiques) mais se traduit plutôt par des gestes moteurs présymboliques, des vocalisations, des comportements, et enfin des reproductions des routines et de l'écholalie (Wetherby, Prizant, & Schuler, 2000, cités par Snell & Loncke, 2002). Le dispositif de CAA proposé s'attachera à développer les fonctions de communication exprimées par le communicateur non symbolique afin de rendre ses productions plus socialement acceptables et compréhensibles par l'interlocuteur (Howlin, 2006).

La grille d'évaluation dynamique de la communication non symbolique, adaptée par Courtois et Amadid d'après la Dynamic Assessment of Nonsymbolic Communication (DANC) de Snell et Loncke (2002), permet d'observer le système de communication actuel de l'enfant au cœur de son environnement et avec le partenaire de communication. Elle comprend un entretien parental et une observation au sujet des formes et fonctions de communication de l'individu, de la « lisibilité » de ses comportements de communication, de ses stratégies d'ajustement et de l'utilisation des symboles. Snell et Loncke (2002) proposent également d'analyser les comportements et stratégies de communication du partenaire ainsi que l'effet de l'environnement sur le comportement de communication (cf. partie 4 au sujet des partenaires de communication).

Debré propose une évaluation des capacités de communication verbale et non verbale et l'enfant sans langage oralisé à partir de situations de jeux semi-dirigées, s'intéressant à l'aspect fonctionnel de la communication. La trame de bilan proposée interroge les capacités

perceptives visuelles et auditives, les aspects pragmatiques, la communication non verbale, la compréhension et le comportement.

L'évaluation du langage oral – bébé (EVALO BB) comprend également des épreuves intéressantes du point de vue de la CAA. La grille d'observation d'interaction/communication non verbale et le tableau de recueil des productions et comportements en situation de vie participent à l'évaluation de la communication non symbolique.

On peut en outre utiliser la grille d'entretien élaborée par Schuler pour évaluer la communication spontanée (citée par Cuny & Gasser, 2000). Cette grille recense, d'après les dires des parents, les formes de communication employées par l'enfant pour les demandes d'affection/d'interaction, d'action, d'objets, pour les protestations, et enfin les déclarations et commentaires.

Enfin, le manuel SOS Com contient une grille d'observation des manifestations comportementales chez l'enfant TED ou autiste, une grille d'observation des premiers gestes communicatifs et une grille d'observation de l'écholalie et des répétitions verbales qui seront également utiles.

2.3 Langage oral

L'évaluation du langage oral peut être réalisée avec des personnes présentant des troubles moins sévères et vise à déterminer le niveau de compréhension, d'expression et l'intelligibilité. Selon le niveau de la personne, les outils habituellement employés en orthophonie peuvent être utilisés : TVAP, ELO, EVIP, NEEL, BELO, BEPL, O-52, ECOSSE, L2MA, EVALO 2-6, TCG... Ils permettent d'évaluer les aspects phonologiques, lexico-sémantiques et morpho-syntaxiques mais leur adaptation pour l'évaluation auprès des personnes avec TSA et DI demeure limitée. Pour évaluer le degré d'intelligibilité de la personne, McLeod, Harrison et McCormack (2012) ont élaboré une échelle d'intelligibilité en contexte (Intelligibility in Context Scale, traduit par McLeod, 2012), qui recueille le point de vue de différents partenaires de communication.

D'autres outils enrichissent l'évaluation pour la CAA et donnent des indications pour la mise en place d'un dispositif de CAA. Notamment, il est important de considérer le vocabulaire de base (core vocabulary) et l'étendue du lexique (noms, verbes, mots grammaticaux) en réception et en production, afin d'adapter le vocabulaire intégrant le dispositif aux capacités de la personne et développer des stratégies pour développer un lexique fonctionnel (Banajee et al., 2003, cité par Brady et al., 2016). L'Inventaire Français du Développement Communicatif (IFDC) (Kern & Gayraud, 2005), adapté du MacArthur-Bates Communicative Inventories (Fenson et al, 1993), propose pour cela une évaluation du développement langagier des individus en cours d'acquisition du français (de 8 à 30 mois) à partir de comptes-rendus parentaux. La grille de vocabulaire du SOS Com permet aussi de recenser ces aspects sémantiques.

2.4 Pragmatique

Le développement de la compétence langagière nécessite aussi de bonnes habiletés pragmatiques. Il s'agit de l'utilisation du langage, ce dernier devant être adapté au contexte. Ce sont les habiletés les plus déficitaires chez les personnes avec TSA.

La CCC-2 (Children's Communication Checklist) élaborée par Bishop (1998) et traduite en français par Maillart (2003), puis par Vézina, Samson-Morasse, Gauthier-Desgagné, Fossard

& Sylvestre en français québécois (2011), permet d'objectiver la présence de troubles pragmatiques chez des enfants ayant des troubles du langage. Ce questionnaire destiné aux parents relève les comportements de communication en 70 items dans des domaines concernant notamment l'initiation de la conversation, le langage stéréotypé, le rapport conversationnel, etc. Elle a été étalonnée à l'origine sur une population de 242 enfants de 7 ans en Angleterre et Vézina, Sylvestre et Fossard ont réalisé en 2013 une normalisation auprès d'une population franco-québécoise de 80 jeunes présentant un trouble de langage. On ne dispose pas d'un étalonnage pour une population française, néanmoins la version québécoise pourrait être employée auprès d'une population francophone. Enfin, Maillart (2003) suggère aussi d'examiner spécifiquement les actes de langage.

L'évaluation des habiletés pragmatiques a ainsi pour objectif d'identifier les fonctions de communication exprimées par la personne, de façon conventionnelle ou non. Wetherby et Prutting (1984) distinguent quinze fonctions de communication à évaluer à l'aide d'une grille : d'une part les actes de communication en interaction (régulation du comportement, interaction sociale et attention conjointe, avec différents types de demandes et de commentaires) et d'autre part les comportements non interactifs (communication privée de soi à soi avec les commentaires pour soi, la dénomination ou désignation pour soi, l'accompagnement vocal, et les comportements qui ne relèvent pas d'une communication intentionnelle comme les réactions émotionnelles et comportements liés à des situations). Cette grille recense les moyens de communication utilisés pour exprimer ces fonctions.

Par ailleurs, des grilles d'observation comme celles proposées par le Centre Hanen permettent d'analyser le comportement communicatif de la personne selon son stade (indépendant, demande non-verbale, communicateur, partenaire de conversation) et d'associer les fonctions de communication à la forme sous laquelle elles s'expriment («Comment et pourquoi votre enfant communique», dans More Than Words). La Matrice de communication (Communication Matrix) de Charity et Rowland (1994, 2012) permet également de renseigner les formes et fonctions de communication développées par la personne, et donc son niveau de communication. De même, dans l'EVALO-BB, un relevé des actes de langage et un tableau de recueil des productions et comportements en situation de vie invite à documenter les formes et fonctions de communication. Le guide SOS Com propose plus de quarante situations d'observation structurées de la communication, offrant ainsi d'apprécier plus finement la présence de fonctions de communication, sa compréhension et la présence des précurseurs.

Guidetti et Tourette (1993) proposent quant à eux de dresser un portrait communicatif de l'enfant grâce à l'échelle d'Évaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP), qui étudie la communication de l'enfant dans les trois grandes fonctions des relations sociales : l'interaction sociale, l'attention conjointe et la régulation du comportement. Cette évaluation s'effectue à partir de situations de jeux semi-structurées.

Un autre outil mérite notre attention : il s'agit du Profil pragmatique des compétences de communication quotidienne chez l'enfant, qui est un guide d'entretien parental élaboré par Dewart et Summers (1995) et traduit en français par Giralt. Il recense les fonctions de communication exprimées, les réponses/réactions à la communication, l'interaction et la conversation, et renseigne au sujet des variations en fonction du contexte.

Enfin, le Profil des Troubles Pragmatiques (PTP) de Monfort (2005) permet de synthétiser dans une grille les observations relevant de la pragmatique, offrant alors de représenter visuellement les déficits et leur évolution dans les différents stades du développement.

2.5 Langage écrit

La littératie désigne une multitude de compétences qui permettent à l'individu de développer des habiletés pour lire, épeler et écrire. Elle est très importante pour les personnes qui dépendent de la CAA car le développement de ces compétences est souvent un enjeu pour développer l'utilisation du dispositif de CAA pour effectuer des apprentissages et participer à un monde social plus large. En effet, les habiletés de littératie peuvent être supérieures aux compétences en langage oral et se développer précocément (à évaluer dès 3, 4 ans) (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

Il s'agit d'évaluer les capacités de correspondance grapho-phonémique, de combinaison des sons, de segmentation phonémique, d'identification de mots écrits (déchiffrement, décodage), de reconnaissance visuelle du mot, de compréhension écrite et d'épellation (Beukelman & Mirenda, 2013). Courtois-du-Passage et Galloux (2004) recommande de porter une attention particulière à la compréhension écrite, la lecture à voix haute d'un texte en observant la prosodie, et l'expression écrite personnelle. Le graphisme est à évaluer également, en raison des troubles de la motricité fine qui sont fréquents chez les personnes avec TSA (Gazaniol, 2015).

L'orthophoniste a à sa disposition les outils classiques d'évaluation du langage écrit : BALE, Chronodictées, Alouette, ExaLang, LMC-R, L2MA, ECOSSE, ECLA-16+, etc. Chez l'adulte, on peut mobiliser les tests élaborés pour l'aphasie : MT-86, BDAE.

Il sera bon d'intégrer toute compétence de lecture identifiée dans le dispositif de CAA à un niveau de difficulté adéquat.

3 Participation sociale et autonomie

3.1 Participation sociale et situations de handicap

La participation sociale est définie par la réalisation des habitudes de vie et est le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (Fougeyrollas, 2010). Ces derniers peuvent être facilitateurs ou constituer des obstacles d'ordre politique, lié aux pratiques, aux connaissances, aux compétences ou aux attitudes. Une analyse des éléments facilitateurs invite à les mobiliser pour viser la réussite de l'intervention. Selon Beukelman et Mirenda (2013), l'évaluation doit ainsi permettre d'identifier les obstacles à la participation et leur origine, afin de formuler des stratégies d'intervention pour chaque obstacle. Ces auteurs proposent pour cela de réaliser un inventaire de la participation sociale qu'ils formalisent sous la forme d'un tableau (Beukelman & Mirenda, 2013, p 112).

L'outil de Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) conçu par Fougeyrollas, Lepage et Noreau (2004, 2014) s'inscrit dans le modèle MDH-PPH 2 et évalue la réalisation des activités courantes ainsi que des rôles sociaux selon une échelle allant d'une participation sociale à une situation de handicap total. Le questionnaire comprend 240 items dans sa version détaillée et 77 items dans sa version abrégée. En appréciant le niveau de difficulté, l'aide requise (aménagement, aide technique ou humaine) et le degré de satisfaction général de la personne, il contribue à l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé. Ce questionnaire est adapté à toutes les tranches d'âge : 0-4 ans, 5-13 ans et adulte.

3.2 Activités quotidiennes de la personne

La communication se développe dans l'utilisation en contexte ; il s'agit donc de cerner celui-ci pour envisager une intervention adéquate. Cette évaluation concerne les activités, le matériel et les personnes. Certaines activités sont répétées tous les jours de manière routinière, comme la toilette, l'habillage, le repas, les promenades, etc. Les routines procurent ainsi un cadre d'intervention idéal pour les personnes avec TSA et/ou DI puisqu'elles permettent à l'individu d'en anticiper les étapes en les rendant prédictibles (Brady et al, 2016). Cela favorise la compréhension et l'expression, le tour de rôle, l'appétence à la communication, le plaisir de l'interaction...

Avec la collaboration des proches, on peut identifier les routines et dresser une liste du vocabulaire principalement employé, en relevant le vocabulaire qu'il serait utile de développer tant en compréhension qu'en production. Pour cela, il sera plus efficace de tabler sur une communication multimodale, en ajoutant le signe, le mot et le pictogramme à la routine, afin de stimuler au mieux tous les canaux (visuel, auditif, tactile...).

3.3 Loisirs et intérêts de la personne

On communique avant tout à propos de ce qu'on fait et de ce qui nous intéresse. C'est pourquoi il est primordial de recenser les activités qui mobilisent l'intérêt de l'individu (Rogers, 2013). A partir de ces informations, l'orthophoniste peut planifier une intervention qui s'organisera autour de ces activités et ainsi développer l'utilisation du dispositif de CAA en contexte, comme le préconisent de nombreux auteurs (Cataix-Nègre, 2014 ; Howlin, 2006 ; Romski & Sevcik, 2003).

Les entretiens avec la personne -dans la mesure du possible- et ses proches permettent de relever ses intérêts et loisirs, grâce à la possibilité d'utilisation de grilles : "Sujets de communications de votre enfant" (More than Words, Hanen)...

3.4 Besoins de la personne en matière de communication

Après avoir analysé comment et à propos de quoi la personne communique, on peut s'intéresser à la raison pour laquelle elle le fait, c'est-à-dire ses actes de langage et ce qui l'amène à communiquer. Howlin (2006) suggère ainsi d'évaluer pourquoi et comment l'enfant communique. L'identification des fonctions du langage peut s'appuyer sur la grille de Wetherby et Prutting ou sur les grilles disponibles dans More Than Words.

Le dispositif de CAA ne doit pas seulement viser le développement de la fonction de demande ou de dénomination, mais élargir les actes de langage exprimés : commenter, échanger des informations, partager des idées, exprimer des émotions (De Leo et al., 2012).

4 Partenaires de communication

Enfin, il n'est pas possible d'intervenir dans le champ de la communication sans mobiliser les principaux concernés : les partenaires de communication ont ainsi un rôle décisif à jouer dans la mise en œuvre de la CAA afin de parvenir aux objectifs de l'intervention. Celle-ci doit en effet être soutenue et réalisable par les proches (Charlop et al., 2011). Ce facteur est décrit dans la littérature comme un vecteur important de l'efficacité de la CAA et fait partie des recommandations de bonne pratique de l'HAS (2012). L'évaluation orthophonique doit donc nécessairement englober cet aspect-là.

4.1 Identification des partenaires de communication

Tout d'abord, il s'agit d'identifier ces partenaires de communication en menant un inventaire de participation des activités, des lieux, des interlocuteurs avec qui la personne aime communiquer. Il est important de parvenir à un consensus au niveau de l'environnement et des activités qui vont être évaluées car cette liste guide l'évaluation qui suit et l'intervention.

L'inventaire concernant les Réseaux Sociaux (Social Networks) de Blackstone et Hunt Berg (2003), propose d'identifier sur cinq cercles concentriques les partenaires de communication, selon leur importance dans le quotidien de la personne : les partenaires en communication à vie de la personne, les amis intimes et la parenté, les connaissances, les professionnels salariés et enfin les partenaires non familiers. Cette identification permet de repérer les communicateurs significatifs pour la personne, constater si certains cercles sont vides et enfin cibler les partenaires qui pourraient bénéficier d'une formation (Blackstone, 1991).

4.2 Nature des échanges avec les partenaires de communication

Une fois les partenaires identifiés, on peut s'intéresser de plus près à la communication avec la personne avec TSA et/ou DI pour étudier comment se déroule la communication. L'analyse des interactions s'appuie des observations en contexte écologique, souvent à l'aide d'une grille d'évaluation de la pragmatique dont les items concernent la qualité des interactions, les fonctions et formes de communication du partenaire, son style de communication, les stratégies de réparation des bris de communication qu'il met en œuvre, la facilitation de la communication et enfin les barrières de communication.

Le DANC de Snell et Loncke (2002) inclut précisément une grille d'observation des actes de communication avec les aspects énoncés ci-dessus. La première partie de l'évaluation se constitue d'un entretien avec le partenaire de communication dans lequel ces questions lui sont posées, puis l'orthophoniste observe ces mêmes aspects dans l'interaction avec l'enfant.

De même, le Dialogoris (Antheunis, Ercolani-Bertrand & Roy, 2002) propose un dialogue sur la communication parent/enfant en suggérant des questions à poser au parent, puis en donnant des indications d'observation dans l'interaction : langage adressé à l'enfant, réponses du parent aux comportements de l'enfant, ajustement, etc.

4.3 Attentes et besoins des partenaires

Savoir comment faciliter les interactions n'est pas intuitif pour tous les partenaires de communication (Kent-Walsh et al., 2015). L'orthophoniste devra donc considérer l'impact des dispositifs de CAA sur les aidants -notamment ceux relevant de la haute technologie-, et cerner les savoirs et compétences qui sont attendus chez eux pour soutenir la communication. Il s'interrogera sur la façon de permettre aux aidants d'être des partenaires de communication efficaces (McNaughton & Light, 2013) afin de proposer une intervention qui prenne en compte leur besoin de formation.

Par ailleurs, les proches des personnes avec TSA et/ou DI peuvent formuler des attentes très concrètes en matière de communication, comme la suppression de certains comportements à problème, le développement de compétences, et des espoirs concernant

l'avenir de leur enfant, notamment pour la scolarité (Rogers, 2013). Ces rêves et ces attentes doivent pouvoir être accueillis et recevoir une réponse, dans la mesure du possible.

Enfin, les proches ont parfois une expérience ou une familiarité avec certains dispositifs de CAA, qu'il importera de questionner et de mobiliser (Charlop et al., 2011). L'entourage peut aussi exprimer des réticences ou des préférences à l'égard d'un dispositif en particulier, comme les signes ou les nouvelles technologies, en raison de la transparence et la facilité d'apprentissage, l'acceptation sociale ou le financement lié au dispositif (Charlop et al., 2011). L'orthophoniste est alors le professionnel qui peut donner des conseils avisés et fournir des informations plus précises pour répondre aux interrogations des partenaires de communication. L'évaluation est donc le moment propice pour s'enquérir de leurs attentes et de leurs besoins.

4.4 Disponibilité des proches et disposition à se former pour utiliser le dispositif de CAA

Tous les critères précédemment présentés permettent déjà de choisir un dispositif adapté, d'intégrer le vocabulaire et les symboles adaptés au niveau de la personne, etc. Mais disposer d'un outil de communication alternatif ne suffit pas pour devenir bon communicateur ; il faut encore savoir comment s'en servir (Beukelman & Mirenda, 2013). Dans ce rôle, les partenaires de communication ont leur importance et il est capital de les former à utiliser le dispositif de CAA pour qu'ils puissent apporter une aide efficace à la personne avec TSA et/ou DI qu'ils accompagnent (Wendt, 2009).

Ceci est vrai également pour les adultes. Trembath, Iacono, Lyon, West et Johnson (2014) relèvent précisément un manque de connaissances, de compétences et de confiance de la part des intervenants et des partenaires de communication, nécessaires pour accompagner efficacement l'utilisation de la CAA. Par ailleurs, ils soulignent la nécessité de sensibiliser les professionnels et l'entourage à l'utilité de la CAA et insistent sur le besoin de formation et d'accompagnement.

L'évaluation initiale est le moment de sonder les partenaires de communication sur leur disponibilité et leur adhésion au projet thérapeutique, dès l'anamnèse, ou encore lors d'entretiens plus informels. Trembath et al. (2014) insistent enfin sur l'importance d'un consentement éclairé dans les étapes de mise en place de CAA et dans l'intervention en général, ce qui suppose que l'orthophoniste et les professionnels sont disponibles en retour pour des formations, des rendez-vous et des réunions.

5 Dispositifs de CAA et aménagements déjà mis en place

Finalement, avant de commencer à monter un dispositif de CAA de toutes pièces, l'orthophoniste peut réaliser l'inventaire de ce qui est déjà mis en place afin de bonifier ce qui fonctionne déjà et ne pas surcharger à la fois l'enfant de nouveaux apprentissages et les partenaires de communication de recommandations supplémentaires.

Enfin, il est très important de sonder les préférences de la personne pour le choix de la CAA (Wendt, 2015), selon la portabilité du dispositif, sa durabilité et son apparence ; selon la qualité et l'intelligibilité de la production vocale pour les générateurs de parole ; selon l'aspect « naturel » des échanges communicatifs réalisés avec le dispositif (Beukelman & Mirenda, 2013).

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I Problématique

Les personnes présentant un TSA et/ou une DI ont des besoins spécifiques de communication dus à leurs caractéristiques particulières de fonctionnement (Mirenda, 2009). La CAA se veut une réponse pour favoriser le développement de la compétence communicative (Light, 1989 ; Light & McNaughton, 2014), et ainsi augmenter la participation sociale de la personne (Beukelman & Mirenda, 2013). La proposition de CAA se décline sous forme de nombreux dispositifs (Thunberg, 2011 ; Wegner, 2012).

Il s'agit de rechercher le dispositif le plus adapté à la fois à la personne et à son environnement afin de viser son utilisation fonctionnelle (Howlin, 2006 ; Cataix-Nègre, 2011). Pour cela, l'orthophoniste, spécialiste de la communication, procède préalablement à une évaluation pour installer un dispositif et déterminer les conditions de sa mise en place (Beukelman & Mirenda, 2013). Cette évaluation a lieu en deux temps. Il s'agit tout d'abord d'examiner de façon précise certains critères inhérents à la personne et à son environnement, à l'aide d'outils d'évaluation. Puis il est nécessaire de réaliser une synthèse des informations issues de l'évaluation.

Cette évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif constitue une étape complexe dans le processus de CAA et doit être guidée. Dans l'idée de proposer un cadre à cette évaluation orthophonique, nous nous demandons ainsi :

Quels critères l'orthophoniste doit spécifiquement évaluer et prendre en compte pour le choix et la mise en place d'un dispositif de CAA efficace pour les personnes avec TSA et/ou DI et par quels moyens peut-il les évaluer ?

II Hypothèse théorique

Dans le cadre d'une évaluation pour le choix d'un dispositif de CAA, certains critères inhérents à la personne TSA et/ou DI et à son environnement seraient spécifiquement à évaluer, au moyen d'outils d'évaluation adéquats, pour optimiser l'efficacité de ce dispositif à mettre en place.

III Hypothèses opérationnelles

Pour les hypothèses 1 et 2, nous nous attendons à observer un effet de dépendance entre la prise en compte ou non de critères d'évaluation et l'efficacité ou l'échec du dispositif.

H1 : Causes d'échec du dispositif de CAA

Identifiant la non prise en compte de certains critères d'évaluation comme cause d'échec de la CAA, nous nous attendons à ce que le dispositif de CAA soit efficace lorsque ces mêmes critères sont pris en compte.

H2 : Critères pertinents pour la réussite du dispositif

A l'inverse, nous nous attendons observer un effet positif de la prise en compte de certains critères d'évaluation sur l'efficacité du dispositif.

H3 : Degré de prise en compte des critères d'évaluation pour le choix et la mise en place du dispositif

Nous nous attendons à ce que l'évaluation seule des critères ne suffise pas à garantir l'efficacité du dispositif.

H4 : Outils pour évaluer les critères pertinents

Nous nous attendons à ce qu'il existe au moins un outil d'évaluation spécifique pour chacun des critères à évaluer pour le choix et la mise en place d'un dispositif de CAA.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTATION

Notre protocole expérimental s'est organisé en deux temps, correspondant à deux objectifs.

Notre premier objectif était de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques en matière d'évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA, pour des personnes avec TSA et/ou DI. Nous souhaitions voir si théorie et pratique se rejoignent. Nous nous sommes notamment intéressées aux critères d'évaluation pertinents à considérer pour choisir un dispositif le plus adapté à la personne, à ses besoins et à son environnement. Pour atteindre cet objectif et recueillir le maximum d'avis cliniques, nous avons construit un questionnaire en ligne à destination des orthophonistes.

Notre second objectif était de répondre au manque d'outils d'évaluation pour l'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA. Nous avons donc, dans un second temps, construit un tableau de recueil des outils d'évaluation disponibles en fonction des critères qu'ils évaluent.

PARTIE I : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES ORTHOPHONIQUES

1 PARTICIPANTS

La population se constituait d'orthophonistes/logopèdes/logopédistes exerçant dans des pays francophones (France, Québec, Belgique, Suisse), et travaillant auprès de personnes avec TSA et/ou DI, quel que soit leur lieu d'exercice (secteur médico-social, hospitalier ou libéral). Nous avons veillé à accompagner le questionnaire d'une présentation de notre mémoire, notamment pour nous assurer de viser la population concernée, tout en contrôlant ces critères d'inclusion au début du questionnaire.

1.1 Professionnels interrogés

Au total, 94 orthophonistes/logopèdes/logopédistes francophones ont répondu à notre questionnaire. Le recrutement a débuté en octobre 2015. Nous avons diffusé le questionnaire par courriel sur les listes de diffusion d'orthophonistes, et via des personnes ressources à qui nous avons demandé de le transmettre. Nous l'avons également diffusé sur les réseaux sociaux et forums, en ciblant des groupes d'orthophonistes concernés par la CAA, par la recherche en orthophonie ou qui regroupent des orthophonistes selon leur lieu d'exercice (régions de France, Belgique, Québec et Suisse).

Les réponses ont été récoltées entre le 16 octobre et le 20 décembre 2015. Les réponses au questionnaire sont anonymisées ; cela a été précisé au préalable aux personnes interrogées.

1.2 Lieu d'exercice des professionnels

Nous avons choisi d'élargir notre étude aux orthophonistes québécois, aux logopèdes (Belgique) ainsi qu'aux logopédistes (Suisse) francophones afin de croiser les regards et les pratiques dans ce domaine, et de multiplier les résultats. Nous cherchions ainsi à savoir si les outils utilisés pour l'évaluation étaient différents selon les pays et si les pratiques d'évaluation étaient plus formalisées dans un pays.

Parmi les 94 professionnels qui ont répondu au questionnaire, 74 exercent en France (dont 2 à la Réunion), 17 au Québec (Canada), 1 en Belgique, 1 en Ontario (Canada) et un professionnel au Congo-Brazzaville.

1.3 Mode d'exercice des professionnels

Par rapport au mode d'exercice des professionnels sondés, 29 travaillent dans le secteur médico-social, 16 dans le secteur hospitalier, 49 en libéral. Les structures d'accueil étant différentes au Québec, 2 orthophonistes exercent en centre de réadaptation pour enfants, 1 dans une association et 3 en école primaire. Parmi l'ensemble des professionnels ayant répondu, 11 ont une pratique mixte.

1.4 Patientèle

Au début du questionnaire, nous avons demandé aux professionnels de préciser leur patientèle : nous souhaitons nous assurer qu'ils suivaient dans leur pratique des patients avec TSA et/ou DI. Ainsi, 76 orthophonistes travaillent auprès de patients présentant un TSA et 60 travaillent auprès de patients présentant une DI. Nous avons considéré les réponses d'orthophonistes qui suivent des patients présentant une pathologie à laquelle peut s'associer une DI (syndromes génétiques, polyhandicap, etc). Le nombre d'orthophonistes concernés s'élève à 22. En revanche, nous n'avons pas considéré les réponses d'un orthophoniste exerçant auprès de patients aphasiques, bien qu'il leur propose des dispositifs de CAA.

Nous avons également posé une question concernant l'âge des patients. Parmi les 94 professionnels interrogés, 89 travaillent auprès d'enfants de moins de 12 ans, 41 auprès d'adolescents (entre 12 et 20 ans) et 30 auprès d'adultes (plus de 20 ans). Certains professionnels travaillent auprès de populations d'âges différents.

2 MATÉRIEL UTILISÉ

Après avoir effectué des recherches théoriques dans le domaine de la Communication Alternative et Améliorée, des Troubles du Spectre de l'Autisme, de la Déficience Intellectuelle, et de l'évaluation, nous avons construit notre questionnaire en ligne destiné aux orthophonistes. Par cet état des lieux des pratiques orthophoniques, nous souhaitons voir si théorie et pratique se rejoignent en matière d'évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA.

Le questionnaire est présenté dans son intégralité en annexe.

2.1 Formulation et types de questions

2.1.1 Formulation des questions

L'enjeu pour la rédaction du questionnaire était d'être précises et claires quant à nos attentes sans être trop injonctives. Nous avons donc travaillé en amont sur la formulation des questions ainsi que sur le choix des termes. En effet, il était nécessaire que les orthophonistes répondant à notre questionnaire saisissent le sens de nos questions. Mais il était également essentiel que les termes retenus renvoient aux mêmes représentations, ou soient explicités le cas échéant. Nous nous sommes heurtées à des différences de termes entre la théorie et le langage utilisé dans la pratique orthophonique. Par exemple nous avons décidé, après échanges avec nos maîtres de mémoire, de retenir le terme « dispositif » de CAA plutôt que le terme « outil ». Bien que le terme « outil de CAA » soit couramment usité

dans la pratique orthophonique, il ne recouvre pas les dimensions dont on voulait rendre compte dans notre questionnaire. Par ailleurs, si nous optons pour le terme « outil de CAA », il risquait d'y avoir confusion avec « outil d'évaluation ».

Deux termes ont explicitement été définis au début du questionnaire. Le terme Communication Alternative et Améliorée a été défini de la façon suivante :

La communication alternative et améliorée (CAA) recouvre tous les moyens humains et matériels permettant de communiquer autrement ou mieux qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés ou absents" (parole, langage). La CAA inclut des systèmes sans aides techniques tels que le signe et le geste, ou avec aides techniques comme les tableaux d'objets, d'images ou de lettres, ou l'informatique la plus sophistiquée actuellement disponible."

(d'après ISAAC-francophone : section de l'International Society for Augmentative and Alternative Communication).

De la même façon, nous avons mentionné au début du questionnaire que nous désignerions par « personne avec besoins complexes en matière de communication » la personne avec trouble du spectre de l'autisme et/ou déficience intellectuelle, pour qui est mis en place un dispositif de CAA.

2.1.2 Questions fermées et préformées

Nous avons priorisé ce mode de réponse afin de faciliter le dépouillement. Certaines questions comportaient seulement deux choix de réponse possibles (oui/non), tandis que d'autres comportaient des choix de réponses multiples. L'intérêt des choix de réponses multiples était également de réduire le temps de réponse au questionnaire pour les orthophonistes, qui ont participé sur leur temps personnel et bénévolement à notre recherche. Nous avons donc préféré leur suggérer des réponses (sous la forme de liste la plus exhaustive possible), tout en leur laissant un champ libre pour qu'ils puissent compléter leur réponse si besoin.

2.1.3 Questions ouvertes et semi-ouvertes

Il n'était pas toujours possible ni souhaitable de formuler des questions fermées, en raison de l'infinité de réponses possibles qu'elles comportaient parfois, ou par choix de ne pas orienter les réponses des orthophonistes. Nous avons donc proposé des questions ouvertes et semi-ouvertes. Les réponses à ces questions ouvertes ont alors été analysées de manière qualitative.

2.1.4 Questions obligatoires

Certaines questions nous ont paru obligatoires, notamment celles concernant le profil des orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire, pour nous assurer qu'il entrerait dans le cadre de notre recherche. En ce qui concerne d'autres questions sur la démarche évaluative, nous avons également rendu les questions obligatoires pour souligner leur importance pour notre recherche. Cependant, nous veillions à laisser la possibilité aux orthophonistes de répondre par « ne s'applique pas » si tel était le cas. Dans le cas des questions fermées, nous créons un item « ne s'applique pas » tandis que pour les questions ouvertes, nous précisons aux orthophonistes qu'ils pouvaient noter « ne s'applique pas » dans le champ libre si besoin.

2.2 Organisation du questionnaire

Le questionnaire s'articule en trois parties. La première partie du questionnaire concerne les généralités sur les CAA. La deuxième partie est consacrée aux critères d'évaluation, c'est-à-dire les critères à évaluer et à prendre en compte pour le choix d'un dispositif de CAA. La troisième partie du questionnaire s'intéresse à la démarche évaluative, depuis la décision de la mise en place d'un dispositif de CAA jusqu'à l'évaluation de l'efficacité du dispositif une fois qu'il a été mis en place.

Nous avons voulu différencier deux types d'évaluation que sont l'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA (permettant de faire un choix parmi tous les dispositifs disponibles) et l'évaluation de l'efficacité de ce dispositif une fois qu'il a été mis en place. Dans la pratique orthophonique, ces deux types d'évaluation correspondent à des temporalités différentes. D'autre part, l'évaluation de l'efficacité peut rendre compte de la précision de l'évaluation préalable. En effet, une évaluation préalable bien menée conduirait au choix d'un dispositif adapté à la personne qui pourrait alors l'utiliser de façon efficace. Face à ces considérations, nous avons décidé de scinder en deux cette partie sur l'évaluation pour la rendre plus proche de la réalité clinique, et d'approfondir la partie sur l'évaluation préalable (correspondant à la deuxième partie de notre questionnaire).

2.3 Informations recherchées dans chacune des trois parties

2.3.1 *Importance de la CAA dans la pratique des professionnels*

Cette première partie nous a permis de rendre compte du profil des orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire et ainsi nous assurer que leur profil entrait dans le cadre de notre recherche. Les orthophonistes devaient exercer auprès de personnes TSA et/ou DI, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, secteur médico-social, secteur hospitalier) et avoir un degré minimum de familiarité avec la CAA.

Lors de nos recherches théoriques, nous avons recensé une myriade de dispositifs de CAA disponibles dont la mise en place et l'utilisation n'exigent pas les mêmes habiletés. Or nous avons voulu voir si l'on retrouvait tous ces dispositifs dans la pratique orthophonique. Nous avons donc demandé aux orthophonistes quels étaient les dispositifs qu'ils préconisaient le plus souvent. Cette question offrait un choix multiple de dispositifs, regroupés en types : signes et gestes, pictogrammes, tableaux ou classeurs de communication, écrit seulement, outils basse technologie (appareil avec sortie vocale simple), outils haute-technologie (synthèse vocale, tablette, logiciel support de code ...) et autres.

Pour aller plus loin, nous avons demandé aux orthophonistes les formations qu'ils avaient effectuées dans le domaine des CAA, notamment celles concernant les dispositifs, afin de voir si ces formations déterminaient le choix du dispositif de CAA. Cette hypothèse était un point de départ pour notre recherche. Or un dispositif est efficace s'il est adapté au profil de la personne et à son environnement. Pour obtenir ce profil, différents critères sont à évaluer spécifiquement chez la personne avec TSA et/ou DI. La deuxième partie du questionnaire est consacrée à ces critères.

2.3.2 Évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA

La deuxième partie commence par des questions sur la démarche évaluative orthophonique relative à la mise en place d'un dispositif de CAA. Elle questionne les orthophonistes sur la manière dont ils procèdent pour l'évaluation. Il leur est demandé en premier lieu le motif de l'évaluation en vue de la mise en place d'un dispositif. S'agit-il d'une demande de la personne concernée, de son entourage, de l'orthophoniste, des autres professionnels ? Il leur est également demandé de renseigner qui prend part à cette évaluation et décide du choix du dispositif parmi les personnes suivantes : la personne avec besoins complexes en matière de communication, ses proches, d'autres membres de son entourage, l'orthophoniste, une équipe pluridisciplinaire (dont on a demandé de préciser la composition).

La suite de la deuxième partie concerne plus précisément les critères pertinents à évaluer pour rendre compte d'un profil de la personne, dans le but de choisir un dispositif de CAA qui lui sera adapté. Elle demande aux orthophonistes les critères qu'ils prennent en compte actuellement et par quels moyens ils évaluent chacun de ces critères.

Nous avons relevé dans la littérature vingt critères d'évaluation que nous avons regroupés en quatre domaines : les caractéristiques de la personne, les compétences communicationnelles et langagières, la participation sociale et l'autonomie, et les partenaires de communication.

Le domaine des « caractéristiques de la personne » comporte les critères « âge de la personne », « diagnostic », « habiletés motrices », « habiletés sensorielles (vue, ouïe, etc) », « habiletés exécutives (attention, mémoire, etc) », « capacités cognitives » et « niveau de symbolisme (présentation en contexte, représentation) ».

Le domaine « compétences communicationnelles et langagières » comporte les critères « langage (niveau de compréhension, expression, intelligibilité) », « compétences sociales (contact visuel, attention conjointe, pointage, imitation, etc) », « communication non symbolique (gestes moteurs présymboliques, vocalisation, comportement, reproduction de routines, écholalie) » et « littératie ».

Le domaine de la « participation sociale et autonomie » comporte les critères « participation sociale et situations de handicap », « activités quotidiennes de la personne », « loisirs et intérêts de la personne » et « besoins de la personne en matière de communication ».

Le domaine des « partenaires de communication » inclut les critères « identification des partenaires de communication », « nature des échanges avec les partenaires de communication », « disponibilité des proches et disposition à se former pour utiliser le dispositif de CAA », « attentes et besoins des partenaires de communication » et « outils et aménagements déjà mis en place ».

Nous avons donc demandé aux orthophonistes de cocher, par domaine, les critères qu'ils évaluent dans leur pratique actuelle. Ils avaient la possibilité d'en ajouter si besoin dans un champ « autre » ou bien de cocher l'item « domaine non évalué » si tel était le cas.

En revanche, concernant les outils d'évaluation, nous avons laissé un champ libre pour que les orthophonistes précisent, par domaine, par quel(s) moyen(s) étaient évalués les critères précédemment cochés. Les orthophonistes pouvaient alors indiquer s'ils utilisaient des tests standardisés, des « épreuves maison », une observation en milieu naturel avec ou sans grille, une observation lors des séances d'orthophonie avec ou sans grille, des rapports d'autres professionnels ou s'ils s'entretenaient avec les parents et/ou les proches. Ils pouvaient encore indiquer d'autres moyens d'évaluation des critères précédemment cochés.

Les orthophonistes étaient invités à préciser les noms des tests utilisés et ce que leurs épreuves “maison” évaluent.

Les données recueillies sur les outils d'évaluation étaient donc qualitatives mais avaient pour but de voir si les outils d'évaluation utilisés par les orthophonistes étaient les mêmes, et d'enrichir le tableau de recueil des outils d'évaluation en fonction des critères qu'ils évaluent.

La deuxième partie du questionnaire se termine par une question qui nous a amenées à notre recherche. Elle demande aux orthophonistes comment ils font la synthèse de tous ces critères pour obtenir un profil de leur patient et choisir un dispositif adapté. Autrement dit, elle s'interroge sur la façon dont les orthophonistes font le lien entre le profil de la personne et le dispositif de CAA qui lui sera le plus adapté.

2.3.3 Choix du dispositif de CAA et évaluation de l'efficacité de sa mise en place

Rappelons les différentes étapes de la démarche évaluative. Dans un premier temps, on cherche à dresser un profil de la personne à partir de l'évaluation d'un ensemble de critères. De cette évaluation découle le choix d'un dispositif adapté à la personne. Ce dispositif est ensuite mis en place pour la personne dans des conditions qui prennent également en compte les caractéristiques de son environnement. Plus tard, l'orthophoniste réalisera une évaluation de l'efficacité du dispositif mis en place.

La troisième partie du questionnaire voulait interroger les orthophonistes sur la façon dont ils procèdent une fois le profil de leur patient dressé, mais aussi sur leurs ressentis et besoins face à l'évaluation pour le choix d'un dispositif de CAA. Le but de cette partie était donc également de soulever des besoins dans la pratique, et d'améliorer en réponse l'évaluation préalable. En effet, il semble que l'efficacité d'un dispositif est liée à l'évaluation qui a précédé sa mise en place.

La première question de cette troisième partie (question 3.1) concernait justement leurs ressentis :

- « Vous sentez-vous bien outillé pour parvenir au choix du dispositif de CAA qui sera le plus adapté à la personne ? »
- Oui
- Non. Si non, pourquoi ?

Nous souhaitons, par cette question confirmer ou infirmer l'hypothèse d'un manque d'outils pour l'évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA pour les personnes avec TSA et/ou DI.

Les trois questions suivantes (3.2 ; 3.3 et 3.4) portaient sur l'expérience clinique des orthophonistes une fois qu'ils ont mis en place un dispositif pour leur patient.

A travers la question 3.2, nous demandions si les dispositifs mis en place avaient toujours fonctionné. L'intérêt de cette question n'était pas de rendre des données chiffrées brutes, mais d'ouvrir sur les raisons de l'échec du dispositif. C'est pourquoi dans la continuité de la question, nous demandions aux orthophonistes si certains critères importants n'auraient pas suffisamment été pris en compte dans l'évaluation. Les orthophonistes pouvaient choisir parmi la liste de vingt critères déjà présentés dans la deuxième partie du questionnaire. Ils avaient également la possibilité de compléter leur réponse si besoin, dans un champ «autre» laissé libre. Cette question, avec celles des critères dans la deuxième partie du

questionnaire, était capitale pour répondre à nos hypothèses opérationnelles. En effet, en mettant en regard les deux questions, il nous serait possible de voir quels sont les critères les plus pertinents pour le choix d'un dispositif de CAA le plus adapté à la personne et donc le plus efficace.

Les deux questions suivantes concernaient la façon dont on peut voir que le dispositif mis en place est efficace et adapté (en 3.3), et ce au bout de combien de temps (en 3.4). Pour cela, nous demandions aux orthophonistes de cocher trois indicateurs qui leur montrent que le dispositif choisi s'avère efficace parmi la liste suivante : augmentation significative des échanges, augmentation de la compréhension de la part de la personne avec besoins complexes en matière de communication, échanges davantage initiés par la personne avec besoins complexes en matière de communication, meilleure intelligibilité, lien renforcé avec les partenaires de communication, réduction du handicap, meilleure autonomie, augmentation de la participation sociale, diminution des troubles du comportement. Tous ces indicateurs nous viennent de la théorie et sont les objectifs visés par la communication alternative et améliorée. Nous souhaitons ainsi voir s'ils étaient observables dans la pratique. En 3.4, nous leurs avons demandé au bout de combien de temps il est possible d'apprécier des signes d'efficacité. Il est à noter que cette question était informelle. En effet, nous sommes conscientes que l'efficacité d'un dispositif dépend d'un ensemble de facteurs dont certains non contrôlables. Nous nous attendions donc à avoir une idée générale et non un temps précis.

Pour terminer notre questionnaire, à travers la question 3.5, nous demandions aux orthophonistes leurs attentes relatives à la marche évaluative pour la mise en place d'un dispositif de CAA. Cette question se présentait sous la forme d'une question ouverte pour laisser aux orthophonistes la possibilité de s'exprimer librement par rapport à cette démarche évaluative.

De là nous est venue l'idée de réaliser un tableau de synthèse des outils d'évaluation, qui nous semblait être un début d'amélioration de l'évaluation pour le choix d'un dispositif de CAA. En effet il semble que cette évaluation préalable soit déterminante pour que le dispositif de CAA choisi soit adapté à la personne. Or il s'agit d'une évaluation complexe prenant en compte un certain nombre de critères pour lesquels les orthophonistes manquent d'outils d'évaluation.

Une fois le questionnaire complété, les orthophonistes avaient la possibilité de noter leurs coordonnées afin de suivre l'avancée de notre projet.

3 PROCÉDURE D'ENQUÊTE

3.1 État des lieux dans la littérature

Avant de constituer notre questionnaire, nous avons procédé à un état des lieux dans la littérature au sujet d'un ensemble d'éléments en lien avec la Communication Alternative et Augmentée. Nous avons réalisé un répertoire des dispositifs de CAA, étudié le motif et l'origine de la demande de mise en place d'une CAA, nous sommes penchées sur les professionnels impliqués dans l'évaluation et les indicateurs d'efficacité du dispositif. Nous avons plus spécifiquement étudié les critères d'évaluation pour le choix du dispositif, et les outils d'évaluation disponibles. L'ensemble de ces recherches ont constitué une base pour la construction du questionnaire.

3.2 Création d'un carnet d'adresse

Nous avons en parallèle élaboré un carnet d'adresses d'orthophonistes exerçant auprès de patients avec TSA et/ou DI, à qui nous avons envoyé notre questionnaire. Nous avons créé ce carnet à partir de nos réseaux respectifs ainsi que par le biais de la littérature autour des CAA (articles scientifiques). Nous avons également répertorié des réseaux sociaux en lien avec les CAA et l'autisme.

3.3 Diffusion du questionnaire

Avant de diffuser le questionnaire, nous l'avons transmis à une personne ressource afin qu'elle nous donne son avis quant à sa forme et sa clarté. Quant au contenu, nous l'avons fait vérifier par nos maîtres de mémoire, et par l'enseignante assurant la méthodologie au sein de notre centre de formation.

Le questionnaire est précédé d'une présentation de notre projet de mémoire et de ses objectifs. Il est également précédé d'une explication de la procédure, comme la durée pour remplir le questionnaire, le traitement des données et la garantie de l'anonymat.

Le nombre de personnes auprès de qui le questionnaire a été diffusé est estimé à 15 000 orthophonistes.

Par ailleurs, peu après l'envoi du questionnaire, nous nous sommes aperçues d'un oubli d'un critère dans la deuxième partie du questionnaire sur les critères évalués par les orthophonistes. Or ce critère semblait capital dans le choix du dispositif selon la littérature. Nous avons décidé de recontacter les orthophonistes nous ayant laissé leurs coordonnées. Nous avons donc pu renvoyer la question en ligne avec l'information manquante à 75 orthophonistes. Pour garantir leur anonymat alors que nous les avons contactés personnellement, nous leur avons attribué un numéro de répondant. Cela nous a permis d'intégrer leur réponse au recueil initial. 52 orthophonistes sur les 75 recontactés nous ont répondu.

3.4 Dépouillement des réponses au questionnaire

Les données du questionnaire ont été enregistrées de façon automatique dans un fichier de calcul avec une colonne par question et une ligne par répondant. Cependant, toutes les réponses obtenues l'étaient sous la forme de mots, quel que soit le type de question, ouverte ou fermée. Le fichier de calcul était donc inexploitable statistiquement. Pour pouvoir traiter nos données, nous avons dû procéder à un lissage. Autrement dit, pour toutes les questions à choix multiple, nous avons séparé toutes les propositions de réponse en créant une colonne par proposition. Pour cela, nous avons appliqué une fonction Excel transformant les données littérales en données chiffrées selon une condition, à savoir la mention d'une proposition de réponse. Il s'agit d'un test logique opéré à l'aide de la fonction SI.

Par exemple, pour le lieu d'exercice des orthophonistes, les réponses possibles étaient « en France », « en Belgique », « en Suisse », « au Québec » et « autre ». Nous avons donc scindé la colonne de réponse en cinq : une colonne « en France », une colonne « en Belgique », une colonne « en Suisse », une colonne « au Québec » et une colonne « autre ». Puis, pour chacune de ces colonnes, nous avons appliqué un test logique avec la fonction SI. Pour la colonne France, l'application de la fonction était la suivante : pour une case, c'est-à-dire par répondant, si la réponse est « en France » (condition), alors la fonction applique le résultat "1" (valeur si vrai). Le cas échéant, le résultat appliqué est "0" (valeur si faux). Des réponses rédigées dans "Autre" intégraient parfois une des propositions de réponse, comme c'est le cas pour les orthophonistes ayant mentionné un exercice à la Réunion, que l'on peut rattacher à la France. La fonction Excel incluait alors ce critère-là, ce qui se traduisait finalement par =SI(NB.SI(D7,"*En France*")+NB.SI(D7,"*réunion*"),1,0).

Nous avons appliqué cette formule pour l'ensemble des questions, exceptées les questions ouvertes dont les réponses étaient trop hétérogènes, comme la question sur les outils d'évaluation utilisés. Nous avons alors traité les réponses de manière qualitative.

PARTIE II : TABLEAU DE RECUEIL D'OUTILS D'ÉVALUATION

En parallèle de l'envoi du questionnaire, nous avons réalisé un tableau d'outils d'évaluation pour répondre au manque d'outils pour l'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA, constaté à la fois dans la littérature et dans les attentes de orthophonistes ayant répondu au questionnaire.

1 MATÉRIEL

1.1 Recensement des outils d'évaluation

Nous avons cherché à nous procurer les outils que l'on a pu rencontrer au gré de nos lectures et du dépouillement du questionnaire.

Pour les outils d'évaluation présentés sous forme de livres, nous avons pu les emprunter au Centre de Ressources Autisme de Lyon, au centre hospitalier du Vinatier.

Certains outils d'évaluation, comme les grilles d'observation, sont le fruit d'une recherche et sont donc disponibles avec l'article publié correspondant à la recherche. Nous pouvions alors nous les procurer par le biais de la bibliothèque universitaire.

Nous avons pu également explorer certains outils au cours de nos stages, par le biais de nos maîtres de mémoire qui nous en ont prêté, ou encore à la testothèque de l'école.

1.2 Fiches de présentation

Pour chaque outil d'évaluation relevé, nous avons constitué une fiche de présentation. Nous relevions tout d'abord son auteur, son année de publication. Nous notions également la population à qui il est destiné ainsi que ce qu'il cherche à évaluer de façon générale ou plus spécifiquement. Nous nous intéressions ensuite à la façon dont l'outil a été construit. Nous étudions également les éléments que l'on peut obtenir à partir de l'outil et comment on peut les utiliser dans le cadre d'une évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA auprès de personnes avec TSA et/ou DI.

1.3 Tableau de recueil d'outils d'évaluation

Pour la présentation des 32 outils, nous avons opté pour un tableau. Nous souhaitons en effet mettre en regard les outils d'évaluation avec les critères qu'ils cherchent à évaluer. L'objectif du tableau est en effet d'être un support d'aide simple et lisible pour les orthophonistes lors de l'évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA.

Après avoir complété le tableau et afin de viser notre objectif de lisibilité, nous l'avons séparé en cinq tableaux finaux : un premier pour la présentation des outils et quatre autres correspondant aux domaines à évaluer pour la mise en place d'un dispositif de CAA.

2 PROCEDURE

2.1 Choix des outils

Nous avons répertorié les outils recensés dans la littérature, notamment dans les articles de recherche dans le domaine des CAA, de l'autisme ou de la déficience intellectuelle ou bien dans des ouvrages consacrés à ces domaines. Nous avons complété cette liste d'outils d'évaluation par ceux retrouvés dans les réponses des orthophonistes à notre questionnaire.

Parmi les outils disponibles, nous avons décidé de sélectionner ceux qui étaient les plus pertinents pour évaluer les critères à prendre en compte pour la mise en place d'un outil de CAA. Ainsi nous n'avons pas répertorié les outils d'évaluation du langage écrit et du langage oral, considérant qu'ils sont connus des orthophonistes et que chacun a ses propres habitudes cliniques. De même, certains outils plutôt destinés à des psychologues ou des éducateurs n'ont pas été retenus.

2.2 Complétion du tableau

Les 32 outils sont classés par ordre alphabétique dans le tableau, avec un outil par ligne. Pour chacun des outils, nous avons rempli le tableau en mentionnant les critères qu'il permet d'évaluer. Pour chaque critère, nous avons noté +, ++ ou +++ selon si l'outil l'évalue légèrement ou plus en profondeur.

Une fois complété, nous avons séparé ce tableau de recueil en cinq tableaux, afin d'en faire une aide claire et pratique pour la clinique.

Le premier tableau est destiné à la présentation générale des 32 outils. En regard du nom de l'outil et dans des colonnes distinctes sont notés le ou les auteurs de l'outil et l'année de publication, la population qu'il vise, son objectif global, son type (test standardisé, grille d'observation, questionnaire) ainsi que les personnes qui participent à l'évaluation (orthophoniste, parents, éducateurs ou autres professionnels...).

Le second tableau recense les 18 outils qui permettent d'évaluer le domaine « caractéristiques de la personne ».

Le troisième tableau correspond au versant communication du domaine « Compétences communicationnelles et langagières » et regroupe 24 outils. Le quatrième tableau recense les outils qui permettent d'évaluer le versant langage du domaine « Compétences communicationnelles et langagières » et regroupe 24 outils.

Enfin le dernier tableau regroupe les 14 outils permettant d'évaluer les domaines « partenaires de communication » et « participation sociale, autonomie et habitudes de vie ».

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I Introduction

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats issus de l'analyse des réponses des orthophonistes à notre questionnaire, qui les interrogeait au sujet de la démarche évaluative orthophonique. Nous détaillerons les réponses qui sont en lien avec les différentes hypothèses que nous avons émises, après avoir présenté la méthode statistique utilisée pour analyser nos données quantitatives.

Tout d'abord, nous nous intéresserons aux critères pertinents à évaluer pour la mise en place d'un dispositif de CAA auprès de personnes avec TSA et/ou DI. Pour cela, nous observerons l'impact de la prise en compte de critères sur l'efficacité du dispositif mis en place. Puis nous nous étudierons les outils à disposition des orthophonistes qui permettent d'évaluer ces critères.

Enfin, nous observerons la démarche que suivent les orthophonistes en pratique pour mener cette évaluation.

Méthode de traitement statistique des données

L'analyse des résultats se décline sous deux aspects. D'une part, nous cherchons à mesurer la dépendance entre la prise en compte des critères d'évaluation et l'efficacité du dispositif de CAA. Nous pouvons observer cela grâce au test du χ^2 , qui opère un traitement sur des données quantitatives. Nous avons donc procédé à un lissage pour traduire les réponses verbales en données chiffrées selon deux modalités (0;1), signifiant par exemple, 0=critère non évalué ; 1=critère évalué. Puis nous avons regroupé, dans un tableau spécifique servant au traitement statistique, les données chiffrées relatives aux critères sélectionnés -d'après leur rôle présumé selon la littérature. Un tableau croisé-dynamique permet ensuite de repérer le lien, pour un même répondant, entre la prise en compte des critères et l'efficacité du dispositif. L'application du test du χ^2 révèle finalement si la différence entre les situations de prise en compte ou non des critères d'évaluation est significative pour déterminer l'efficacité de la mise en place du dispositif. Le seuil de significativité est conventionnellement établi à $p < .05$.

D'autre part, nous avons considéré les réponses qualitatives des orthophonistes pour étayer cette question concernant la pertinence des critères par des avis cliniques, et relever les éventuelles difficultés pour les prendre en compte

Dans un second temps, nous avons choisi d'orienter notre recherche vers des aspects plus pratiques en recherchant les outils d'évaluation utilisés par les orthophonistes pour évaluer chacun des critères d'évaluation. Nous avons ainsi relevé les occurrences de chaque outil d'évaluation dans les réponses des orthophonistes, indiquant leur fréquence d'utilisation. Enfin, les remarques et attentes des orthophonistes concernant les moyens à leur disposition pour l'évaluation sont à considérer dans cet état des lieux des pratiques orthophoniques.

II Critères d'évaluation

L'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA pour une personne avec TSA et/ou DI cherche à ce que ce dispositif favorise sa participation sociale, en lui donnant des moyens pour communiquer. On mise donc sur une efficacité optimale du dispositif.

1 Indicateurs d'efficacité du dispositif

Dans la démarche évaluative pour la mise en place d'un dispositif de CAA, l'observation d'indicateurs permet d'apprécier son efficacité. Nous avons relevé dans la littérature les neuf indicateurs suivants : augmentation de la compréhension, meilleure intelligibilité, augmentation significative des échanges, augmentation du nombre d'initiations des échanges par la personne, lien renforcé avec les partenaires de communication, diminution des troubles du comportement, réduction du handicap, meilleure autonomie et augmentation de la participation sociale.

A la question "A quoi voyez-vous que le dispositif de CAA choisi est efficace et adapté ?", les 94 orthophonistes sondés répondent le plus souvent qu'une augmentation significative des échanges (63%) et une diminution des troubles du comportement (67%), échanges davantage initiés par la personne (48%) sont le témoin de l'efficacité du dispositif (cf. figure 1). En revanche les indicateurs "meilleure intelligibilité" et réduction du handicap" sont cités par un dixième des orthophonistes.

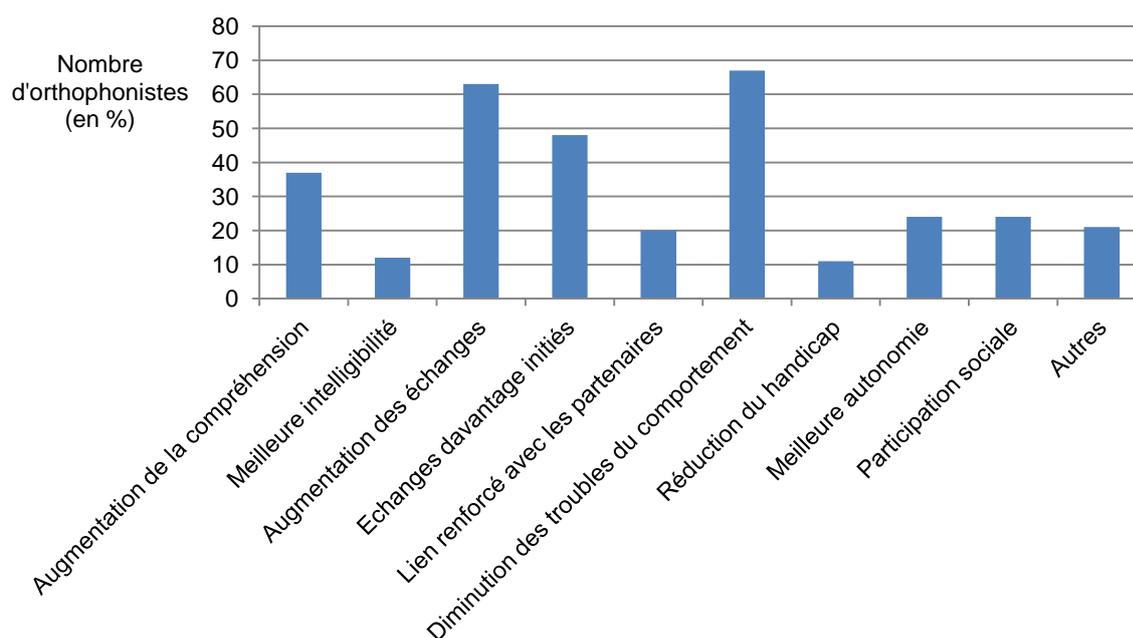


Figure 1 : Indicateurs d'efficacité selon les orthophonistes (en %)

Les orthophonistes soulèvent d'autres indicateurs qui permettent de rendre compte de l'efficacité du dispositif. L'indicateur qui ressort le plus est lié à l'épanouissement de la personne qui s'est approprié son dispositif. Les orthophonistes notent des sentiments comme "fierté", "apaisement", "plaisir de communiquer", "confiance" que peut vivre la personne lorsqu'elle utilise de manière fonctionnelle son dispositif. Ils relèvent également des changements dans les comportements de la personne, comme une diminution de l'anxiété, ou une réduction de la frustration face à la difficulté à comprendre ou transmettre un message.

Un autre indicateur d'efficacité cité par les orthophonistes renvoie aux partenaires de communication, qui peuvent investir eux-mêmes le dispositif pour communiquer avec la personne. Cela peut se comprendre aussi comme la généralisation du dispositif aux différentes sphères de vie de la personne. Un dispositif efficace peut finalement avoir des répercussions positives sur le climat au sein de la famille, un orthophoniste évoquant "le calme qui revient ou advient au sein de la famille" comme autre indicateur d'efficacité.

2 Critères évalués par les orthophonistes

Pour être efficace et fonctionnel, le dispositif de CAA doit être adapté à la personne et à son environnement. Un ensemble de critères sont donc à évaluer au préalable. Dans la littérature, nous avons relevé vingt critères à évaluer pour la mise en place du dispositif, regroupés en quatre domaines : les caractéristiques de fonctionnement de la personne, la communication et le langage, la participation sociale et l'autonomie, et enfin les partenaires de communication.

Les orthophonistes répondant au questionnaire ont indiqué qu'ils prenaient en compte de nombreux critères d'évaluation dans la liste proposée (cf. figure 2).

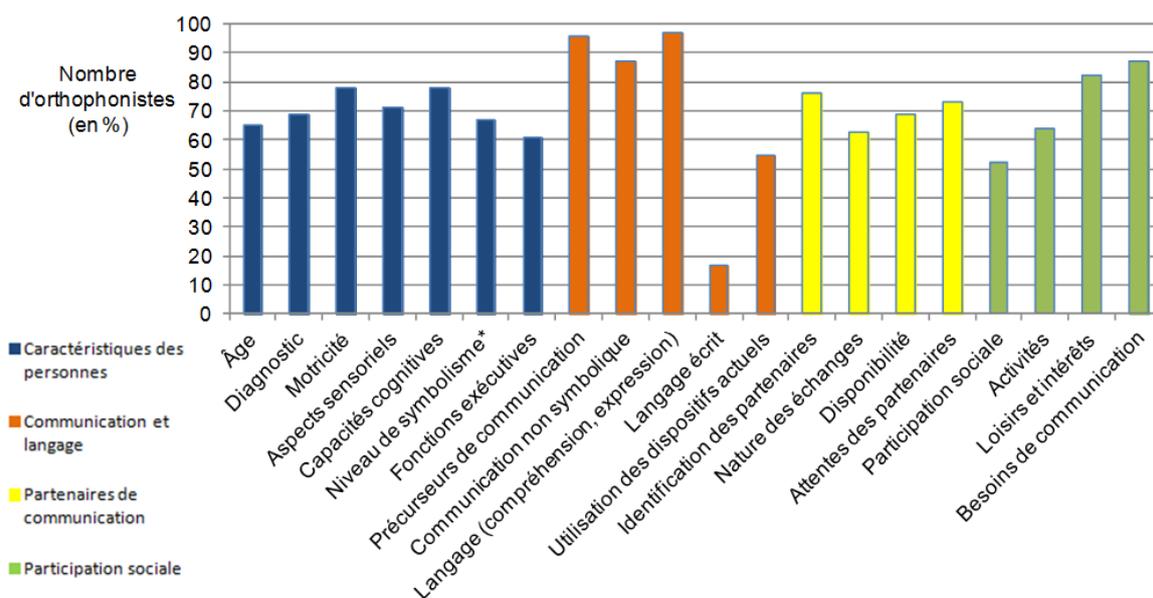


Figure 2 : Critères d'évaluation selon leur importance dans la pratique des orthophonistes (en %)

*Le recueil des données pour ce critère a été effectué en différé.

Certains critères examinés sont plus spécifiques à l'évaluation orthophonique -ceux qui sont relatifs à la communication et au langage- tandis que d'autres éléments proviennent d'évaluations réalisées par d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux -c'est le cas pour le diagnostic, les aspects sensoriels, moteurs, cognitifs et les fonctions exécutives. Néanmoins, tous ces aspects sont fréquemment pris en compte dans le processus d'installation d'une CAA (entre 61% et 97% des orthophonistes considèrent chacun des critères mentionnés), sauf les dispositifs actuels (examinés par 55% des orthophonistes), la participation sociale (52% des orthophonistes, en notant que cela correspond à 71% des orthophonistes québécois et 46% des orthophonistes français) et le langage écrit (évalué par 17% des orthophonistes).

Les autres réponses données par les orthophonistes correspondent à des précisions. Certains orthophonistes ont par exemple détaillé les précurseurs à la communication qu'ils évaluent, comme l'appétence à la communication par exemple.

3 Échec du dispositif et causes

Néanmoins, il arrive dans la pratique que l'efficacité du dispositif ne soit pas satisfaisante. En effet, 71 % des orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire déclarent que les dispositifs de CAA qu'ils ont mis en place n'ont pas tous fonctionné.

3.1 Critères non évalués

Pour approfondir la question, nous avons cherché à identifier les probables causes d'échec de mise en place des dispositifs. Dans le questionnaire, il était demandé aux orthophonistes si certains critères n'auraient pas été pris en compte dans l'évaluation et expliqueraient l'échec du dispositif. Nous constatons qu'un critère se détache nettement des autres -disponibilité des partenaires de communication (cité par 62% des orthophonistes)- et que cinq autres sont fréquemment évalués : attentes de ces mêmes partenaires (33%), niveau de symbolisme de la personne (29%), capacités cognitives (28%), nature des échanges (24%) et besoins de communication (22%) (cf. figure 3).

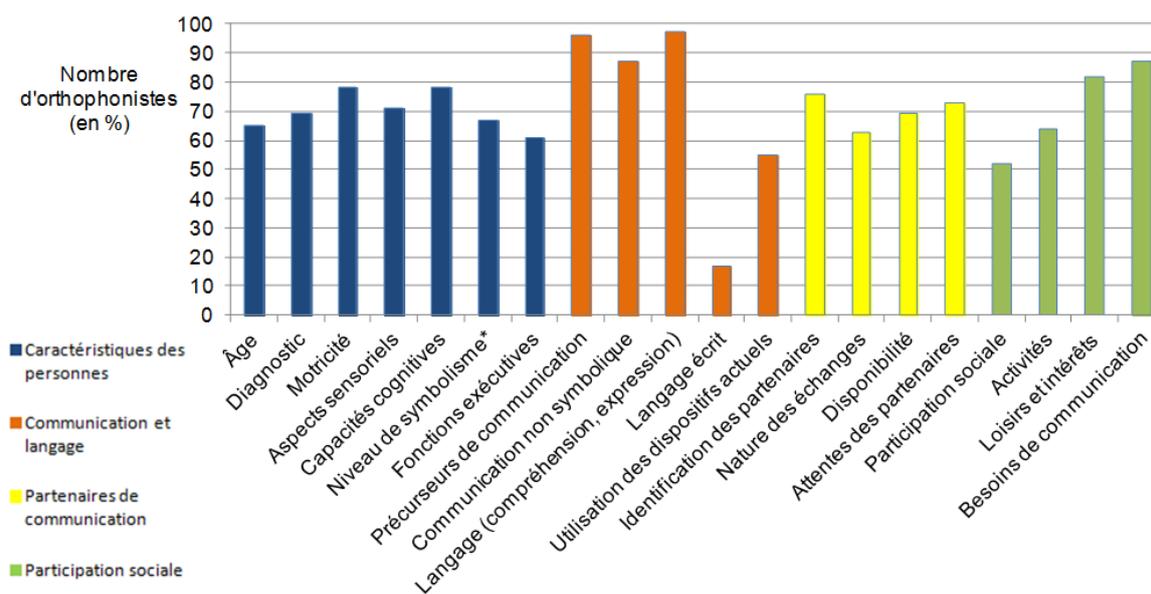


Figure 3 : Causes d'échec citées par les orthophonistes (en %)

*Le recueil des données pour ce critère a été effectué en différé.

3.2 Causes d'échec liées à l'intervention

Les orthophonistes ont par ailleurs évoqué d'autres causes d'échec, que nous avons relevées de manière qualitative. Nombreux sont les orthophonistes qui soulèvent le problème de la généralisation du dispositif à toutes les sphères de vie de la personne.

Les autres causes d'échec du dispositif mentionnées par les orthophonistes sont liées à des difficultés inhérentes à la personne, comme le manque d'appétence à la communication.

D'autres causes d'échec sont liées à des difficultés relevant des partenaires de communication. Selon les orthophonistes, il arrive que les attentes des partenaires dépassent ce que peut offrir le dispositif de CAA, par exemple qu'il soit une réponse immédiate aux difficultés de communication.

Enfin, certaines causes d'échec proviennent de difficultés rencontrées par l'orthophoniste qui pense manquer d'expérience, ou ne pas disposer des moyens matériels et techniques pour former les partenaires de communication.

Les orthophonistes relèvent enfin comme autre cause d'échec la difficulté de mise en place du dispositif.

3.3 Lien entre la prise en compte des critères d'évaluation et l'efficacité du dispositif de CAA

Cet échec dans l'efficacité du dispositif peut être lié à l'évaluation préalable, ce que nous avons voulu étudier plus en détail, en particulier au niveau de la prise en compte ou non de certains critères d'évaluation.

Nous présumons qu'une prise en compte effective des critères risquant de causer l'échec du dispositif s'ils ne sont pas évalués, concourrait au contraire à l'efficacité du dispositif. [H1] Nous avons étudié la dépendance entre la prise en compte des critères les plus souvent cités comme cause d'échec et l'efficacité du dispositif grâce à l'application d'un test du Khi². Le seuil de significativité est conventionnellement établi à $p < .05$.

Les résultats repris dans le Tableau 1 indiquent que la différence entre ces deux conditions n'est statistiquement significative pour aucun des critères observés.

Tableau 1 : Récapitulatif de la dépendance entre la prise en compte des critères les plus souvent cités comme cause d'échec et l'efficacité du dispositif

Critère	Cas où ce critère est pris en compte (en %)		p	La différence est-elle statistiquement significative ?
	lorsque le dispositif échoue	lorsque le dispositif s'avère efficace		
Disponibilité des partenaires de communication	63%	71.6%	0.410	NON
Attentes	74.1%	73.1%	0.926	NON
Niveau de symbolisme*	56.3%	72.2%	0.257	NON
Capacités cognitives	74.1%	79.1%	0.596	NON
Nature des échanges	59.3%	64.2%	0.655	NON
Besoins de communication	88.9%	86.6%	0.760	NON

N.B. Lire ainsi : Le critère "disponibilité des partenaires de communication" est pris en compte dans 63% des cas lorsque l'efficacité s'avère négative contre 71.6% lorsque le dispositif s'avère efficace ($p=0.410$). La différence n'est pas statistiquement significative.

*Le recueil des données pour ce critère a été effectué en différé.

4 Identification d'autres critères pertinents

Nous voulons savoir s'il existe d'autres critères pertinents parmi la liste des vingt critères d'évaluation. Nous nous intéressons alors aux critères qui concourent à la réussite du dispositif. Nous supposons qu'il s'agit des critères majoritairement pris en compte par les orthophonistes dans le cas où le dispositif est efficace (identifiés grâce à la réalisation d'un tableau croisé-dynamique). [H2] Les critères majoritairement pris en compte par les orthophonistes sont les suivants : langage (97%), précurseurs à la communication (96%), communication non symbolique (87%), besoins de communication (87%), loisirs et intérêts (82%), motricité (78%), capacités cognitives (78%) (cf. figure 2).

Les résultats repris dans le Tableau 2 indiquent que la différence entre les deux conditions d'efficacité (échec du dispositif ou dispositif efficace) est significative seulement pour la prise en compte du critère "communication non symbolique".

Tableau 2 : Récapitulatif de la dépendance entre la prise en compte des critères les plus souvent cités comme cause d'échec et l'efficacité du dispositif

Critère	Cas où ce critère est pris en compte (en %)		p	La différence est-elle statistiquement significative ?
	lorsque le dispositif échoue	lorsque le dispositif s'avère efficace		
Langage	96.3%	97.0%	0.858	NON
Précurseurs à la communication	92.6%	97.0%	0.338	NON
Communication non symbolique	74.1%	92.5%	0.015	OUI
Besoins en communication	88.9%	86.6%	0.760	NON
Loisirs et intérêts	85.2%	80.6%	0.601	NON
Motricité	66.7%	82.1%	0.104	NON
Capacités cognitives	74.1%	79.1%	0.596	NON

N.B. Lire ainsi : Le critère "langage" est pris en compte dans 96.3% des cas lorsque l'efficacité s'avère négative contre 97.0% des cas lorsque le dispositif s'avère efficace. ($p=0.858$). La différence n'est pas statistiquement significative.

5 Degré de prise en compte des critères

Parmi les critères les plus évalués par les orthophonistes, nous avons observé si certains ressortent tout de même comme cause d'échec. Nous avons procédé à cette observation pour les critères les plus évalués par les orthophonistes : langage (97%), précurseurs à la communication (96%), communication non symbolique (87%), besoins de communication (87%), loisirs et intérêts de la personne (82%), motricité (78%), capacités cognitives (78%) et niveau de symbolisme (67%) (cf. figure 2).

Les résultats repris dans le Tableau 3 indiquent que la différence entre les deux conditions d'évaluation (évaluation ou non des critères) n'est statistiquement significative pour aucun des critères observés.

Tableau 3 : Récapitulatif de la dépendance entre la considération des critères comme cause d'échec et leur évaluation par les orthophonistes

Critère	Nombre d'orthophonistes citant ce critère comme cause d'échec (en %)		p	La différence est-elle statistiquement significative ?
	parmi ceux qui ne l'évaluent pas	parmi ceux qui l'évaluent		
Langage	33.3%	9.9%	0.195	NON
Précurseurs à la communication	0%	12.2%	0.457	NON
Communication non symbolique	8.3%	6.1%	0.767	NON
Besoins en communication de la personne	16.1%	23.2%	0.613	NON
Loisirs et intérêts de la personne	5.9%	14.3%	0.347	NON
Motricité	9.5%	15.1%	0.517	NON
Capacités cognitives	23.8%	28.8%	0.654	NON
Niveau de symbolisme*	29.4%	31.4%	0.882	NON

N.B. Lire ainsi : Parmi les orthophonistes qui n'évaluent pas le critère "motricité", 9.5% le citent comme cause d'échec, tandis que parmi les orthophonistes qui l'évaluent, 15.1% le citent comme cause d'échec. (p=0.517) La différence n'est pas statistiquement significative.

*Le recueil des données pour ce critère a été effectué en différé.

III Outils d'évaluation

Après avoir observé le caractère déterminant des critères d'évaluation sur l'efficacité du dispositif de CAA mis en place, nous avons cherché, par le biais du questionnaire destiné aux orthophonistes, à connaître les outils qu'ils utilisent pour évaluer chacun de ces critères. Les résultats suivants sont présentés pour chacun des critères cités dans les quatre domaines d'évaluation pour la CAA.

1 Caractéristiques de fonctionnement

En ce qui concerne l'évaluation des caractéristiques de fonctionnement de la personne, les orthophonistes décrivent une faible utilisation des tests standardisés. Les tests et batteries de tests standardisés les plus souvent nommés par les 94 orthophonistes sont l'EVALO-BB et l'EVALO 2-6, qui sont utilisées à elles deux par 23% des répondants et permettent l'évaluation des capacités cognitives et exécutives. Puis le Com Voor est cité par 12% des orthophonistes pour l'évaluation du niveau de symbolisme. D'autres tests sont cités par moins de 5% des orthophonistes : PEP-R, BREV, EDA, TASP.

Les orthophonistes déclarent tout de même disposer de peu d'outils normés pour l'évaluation des aspects décrivant les caractéristiques de fonctionnement. Ils ont alors recours à des épreuves "maison" sur la base de jeux, en proposant différentes tâches au patient comme des manipulations d'objets, des encastresments, des réalisations de gestes sur consigne verbale et/ou sur imitation, ou encore des praxies. Ces situations de jeu fournissent aux orthophonistes un prétexte à de nombreuses observations, notamment au niveau de la motricité (préhension), des habiletés sensorielles (audition, sensibilité et attention au bruit et à la vue, étendue et exploration du champ visuel, sensibilité aux matières...), des capacités cognitives (intégration visuospatiale et visuoconstructive, appariement, catégorisation) et des fonctions exécutives (mémoire, attention...). Les épreuves "maison" s'inspirent parfois de certains tests comme par exemple le ComVoor, qu'une orthophoniste dit ne pas posséder en raison de son prix élevé.

Les orthophonistes ont également recours à des grilles d'observation (SOS Com, grille de Denni-Krichel ou de Crunelle) ou à des trames de bilans internes à l'établissement. Le profil sensoriel de Dunn est un outil employé pour l'évaluation des habiletés sensorielles que citent 4% des orthophonistes.

Enfin, le dossier médical est une importante source d'information pour les orthophonistes. En effet, 26% d'entre eux déclarent se référer aux bilans des autres professionnels médicaux et paramédicaux et/ou consulter leurs collègues pour solliciter leur avis selon leur expertise. Les médecins renseignent le diagnostic, les ergothérapeutes font référence en matière de motricité, les psychomotriciens documentent les aspects sensoriels et moteurs, et enfin les psychologues ou les neuropsychologues évaluent les capacités cognitives et les fonctions exécutives.

2 Compétences communicationnelles et langagières

Pour évaluer les aspects relatifs à la communication et au langage, les orthophonistes déclarent là aussi rencontrer des difficultés pour solliciter des outils standardisés, et les emploient de façon non systématique, en fonction du niveau du patient. En revanche, l'observation clinique occupe une place importante dans l'évaluation. Elle se fait sur la base de jeux libres ou semi-dirigés, d'échanges spontanés ou d'épreuves maison et à l'aide de grilles d'observation.

Les orthophonistes sondés font également état de nombreuses discussions avec les familles au sujet des compétences communicationnelles et langagières.

En ce qui concerne la communication non symbolique, les orthophonistes ont souvent recours à des observations cliniques, guidées ou non par des grilles. Les grilles citées sont les celles d'EVALO BB, de SOS Com, la grille de Loncke et Snell et l'ECSP.

La présence des précurseurs à la communication, quant à elle, est évaluée grâce aux grilles de SOS Com, de l'ESDM (modèle Denver), au Dialogoris, à l'ECSP ou aux grilles d'EVALO BB qui guident l'observation clinique. L'utilisation de la vidéo accompagne souvent cette observation clinique. Notons que les grilles SOS Com et celle de Wetherby et Prutting sont respectivement citées par 11% et 6% des orthophonistes.

Les tests standardisés sont mobilisés principalement pour évaluer les capacités langagières des personnes possédant un langage formel : les orthophonistes citent l'EVALO-BB, l'EVALO 2-6 (mentionnées à elles deux par 35% des répondants), la batterie ELO (citée par 20% des orthophonistes), l'ECSP, le Reynell, le TVAP, le TCG, l'O-52, l'ECOSSE, la NEEL et l'EVIP. Pour le reste des cas, les habiletés langagières sont évaluées dans des situations écologiques. Les questionnaires parentaux sont d'autres outils mobilisés, comme le questionnaire IDE en France et la grille MacArthur au Québec. Enfin, la CCC et le test de Shulman sont cités pour l'évaluation des habiletés pragmatiques.

Les compétences en langage écrit sont majoritairement évaluées à l'aide de tests standardisés : BELO, BALE, Alouette, ExaLang et ECLA+16 sont les tests cités pour cette évaluation. Lorsque cette passation n'est pas possible, les orthophonistes déclarent proposer des épreuves "maison" pour tester les habiletés en langage écrit.

Nous relevons également la mention de tests issus de l'aphasiologie (MT-86, BEC 96), que des orthophonistes déclarent employer pour évaluer les compétences langagières chez les adultes.

Enfin, il est à noter que les tests mentionnés varient selon le pays où exercent les orthophonistes. En effet, des tests anglophones sont cités par les orthophonistes québécois mais pas par les européens : c'est le cas du TLC (Test of Language Competence) du PSL-5, de la CELF, du TOPL (Test of Pragmatic Language), du TOPS (Test of Solving Problem), de l'EWOPVT, du ROWPVT, du CARROW, du CDN-F ou du TMEC.

3 Partenaires de communication

Pour le domaine qui concerne les partenaires de communication, les rares outils mentionnés par les orthophonistes sont des grilles guidant l'observation ou des questionnaires orientant l'entretien : EVALO-BB, grilles SOS Com, grille Denni-Krichel ou la CCC de Bishop.

Les orthophonistes déclarent plutôt effectuer un recueil de données auprès des proches et des professionnels pour l'identification des partenaires de communication. L'outil "Réseaux sociaux" (Blackstone) est cité par 2% des orthophonistes pour ces renseignements. Les partenaires cités sont tout d'abord des parents et des familles (respectivement 24% et 14% de mentions parmi les réponses) puis les intervenants paramédicaux et éducatifs (12%) et enfin l'école (4%) et la crèche (1%).

D'autre part, l'évaluation de la nature des échanges se complète parfois avec l'utilisation d'une vidéo. Au sujet de la disponibilité des partenaires, un orthophoniste déclare interroger directement les parents sur leur activité professionnelle, leur niveau d'équipement (ordinateur, imprimante, plastifieuse) et leurs moyens financiers. Enfin, pour les attentes et besoins de chacun, les orthophonistes expliquent que ces renseignements sont demandés dès l'anamnèse et sont sans cesse enrichis grâce au fruit de la collaboration qui s'installe entre l'orthophoniste et les partenaires. Ainsi, les "réunions éducatives", "réunions d'équipes avec les familles", "les rencontres individualisées et personnalisées" et les "échanges par téléphone" avec les partenaires sont autant de moyens mis en œuvre pour évaluer au plus juste ces aspects. L'évaluation de ces critères prend ainsi la forme d'un entretien pour plus de la moitié des orthophonistes ; en témoignent les nombreuses mentions des termes "entretien", "échange", "discussion", "observation", "rencontre" dans les réponses des

orthophonistes. Par ailleurs, un orthophoniste mentionne qu'il se tient à disposition des parents et enseignants pour les former à utiliser le dispositif de CAA.

Finalement, nous relevons dans les réponses des orthophonistes des difficultés à évaluer ces aspects en raison d'un manque de contact avec les personnes de l'entourage du patient, malgré les tentatives des orthophonistes en question. Un orthophoniste précise ainsi : "notons que les attentes et besoins des partenaires de communication ne sont pas toujours faciles à obtenir et pas toujours ce que l'on croit".

Un autre orthophoniste exprime également des enjeux liés à l'évaluation de ces aspects :

"L'ensemble de ces éléments soulève la difficulté parfois à faire entendre à nos collègues et/ou à la famille la nécessité d'installer un dispositif de CAA. [...] Le bilan est un bon moyen et un moment propice pour amener toutes les personnes qui gravitent autour du patient à réfléchir à cette question".

4 Participation sociale et autonomie

Enfin, pour l'évaluation de la participation sociale, un quart des orthophonistes déclare utiliser principalement l'observation en milieu naturel. Elle se fait parfois à l'aide de grilles d'observation, comme les grilles d'EVALO, la grille de Wetherby et Prutting ou la grille de Denni-Krichel, et certains orthophonistes déclarent avoir recours à l'utilisation de la vidéo pour aider à l'analyse. Ces données qualitatives issues de l'observation clinique permettent, selon les orthophonistes, une appréciation de la réalisation des besoins de communication.

Certains orthophonistes questionnent directement la personne et ses proches pour connaître ses intérêts et le font à partir de grilles "maison" ou de questionnaires. Quelques orthophonistes citent l'utilisation d'une fiche du SOS Com (Inventaire des intérêts) ou du questionnaire du PECS. D'autres nous informent qu'ils dressent la liste des préférences et des renforçateurs (4% des orthophonistes) à l'aide de l'inventaire de Bourgueil, de SOS Com ou à partir d'une grille "maison".

Par ailleurs, les orthophonistes déclarent travailler en collaboration directe avec les personnes elles-mêmes (9%), avec les parents (26%), avec les familles (15%), avec l'école (6%) et avec les autres professionnels (6%).

L'évaluation de ces aspects prend donc souvent la forme d'un entretien (pour 20% des orthophonistes) ou d'échanges avec les intervenants (15%).

Ainsi, les termes "observation", "qualitatif", "évaluation clinique", "entretien", "discussion", "questionnaire", "recueil", "échanges" et "parents", "famille", "autres professionnels" sont récurrents dans les réponses des orthophonistes.

En conclusion, les orthophonistes ont relevé pour chacun des quatre domaines un ensemble d'outils d'évaluation permettant d'évaluer les critères.

Pour autant, à la question "Vous sentez-vous bien outillé(e) pour parvenir au choix du dispositif de CAA qui sera le plus adapté à la personne ?", 64% des orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire répondent que ce n'est pas le cas.

IV L'évaluation en pratique

L'évaluation orthophonique ne se limite donc pas à considérer un ensemble de critères au moyen d'outils spécifiques. Elle dépend également d'autres facteurs inhérents à l'orthophoniste et à sa pratique.

1 Familiarité de l'orthophoniste avec la CAA

Le premier facteur qui dépend de l'orthophoniste est son degré de familiarité avec les CAA. Le questionnaire s'adressant à des orthophonistes ayant recours aux CAA pour leurs patients avec TSA et/DI, un degré minimum de familiarité était un des critères d'inclusion pour notre population interrogée. Aucun d'eux n'a donc mentionné ne pas du tout connaître ou connaître sans avoir pratiqué. Par ailleurs, parmi les orthophonistes interrogés, seuls 4% débutaient. Les autres pratiquent déjà un peu (47%) ou pratiquent beaucoup (43%). (cf. figure 4)

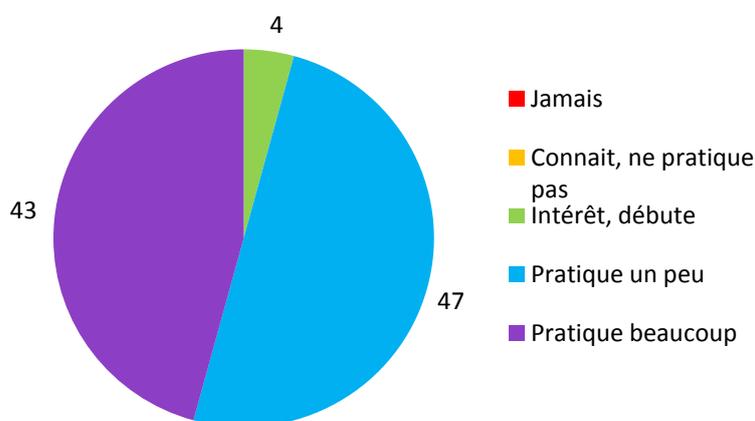


Figure 4 : Degré de familiarité des orthophonistes avec les CAA (en %)

2 Formation des orthophonistes dans le domaine de la CAA

Le deuxième facteur qui dépend de l'orthophoniste concerne le développement de ses compétences dans le domaine des CAA, dont la formation initiale a été source de connaissances seulement pour 64% des orthophonistes. En effet, les orthophonistes mentionnent qu'ils acquièrent des compétences par le biais de leur expérience professionnelle (70%). Ils citent également les formations professionnelles continues (93%) ou encore les réseaux de professionnels en lien avec les CAA (27%) qui leur fournissent des compétences dans le domaine des CAA (cf. figure 5)

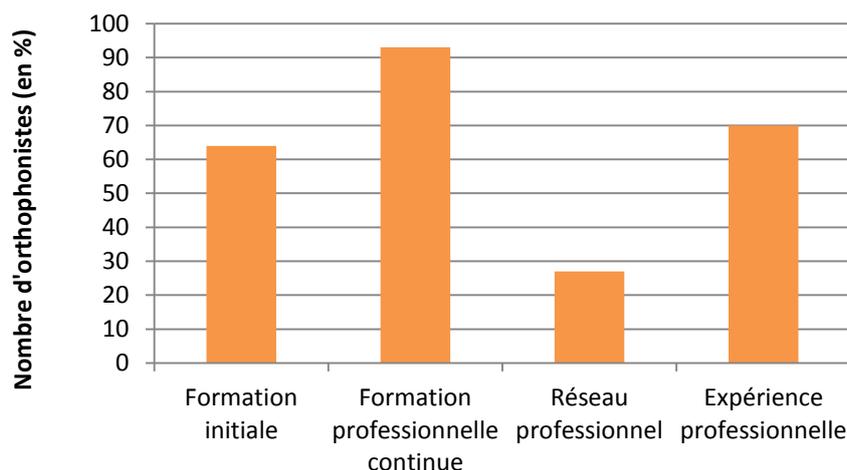


Figure 5 : Moyen de développement des compétences des orthophonistes dans le domaine des CAA (en %)

D'autre part, nous avons demandé de façon qualitative aux orthophonistes de mentionner les formations qu'ils ont reçues au sujet des dispositifs afin de voir si certaines ressortent majoritairement. En effet, la formation à l'utilisation du PECS (Picture Exchange Communication System) et à l'utilisation du Makaton sont majoritairement mentionnées par respectivement 53% et 43% des orthophonistes. Les autres formations mentionnées sont les formations à la Langues des Signes Françaises, aux programmes TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) ou ABA (Applied Behavior Analysis, c'est-à-dire une Analyse Appliquée du comportement), au ComVoor, ou encore à la dynamique Naturelle de la Parole. Cependant, ces autres formations ne sont jamais relevées par plus de 7% des orthophonistes.

3 Synthèse des critères évalués

Le troisième facteur qui dépend de l'orthophoniste dans l'évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA pour les personnes avec TSA et/ou DI concerne la façon dont il procède pour faire la synthèse des critères et ainsi rendre compte du profil du patient et de son entourage. La majorité des orthophonistes expliquent qu'un compte-rendu de bilan orthophonique leur permet de réaliser cette synthèse, qui leur demande une fine réflexion.

En ce qui concerne le choix du dispositif qui découle de cette évaluation, les orthophonistes mentionnent des critères évalués qu'ils prennent en compte en priorité. Ils sont particulièrement attentifs aux besoins du patient en matière de communication et à ses particularités de fonctionnement. Ils sont également attentifs aux attentes et besoins de l'entourage en matière de communication avec leur proche et à leur disponibilité.

Certains orthophonistes tentent ensuite de faire correspondre ces besoins et attentes avec les dispositifs qu'eux-mêmes maîtrisent, mais mentionnent que l'inverse serait plus logique. Dès que cela est matériellement possible, une réunion pluridisciplinaire a lieu afin d'échanger autour du projet de l'enfant en matière de communication. La participation des parents est également mentionnée par les orthophonistes pour le choix du dispositif.

Cependant, la plupart des orthophonistes témoignent de la difficulté à choisir un dispositif précis. Ils essaient donc un dispositif puis procèdent à des réajustements. Un orthophoniste, pour prévenir un éventuel échec de la mise en place du dispositif, relève dans sa synthèse les obstacles éventuels à cette mise en place.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I Rappel du cadre théorique et de l'objectif de recherche

Notre étude a porté sur l'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA pour les personnes avec TSA et/ou DI, qui a pour objectif le choix d'un dispositif le plus adapté à la personne et à son environnement.

Nous nous sommes demandé quels sont les critères les plus pertinents à évaluer pour rendre compte du profil de la personne et de l'environnement dans lequel elle évolue, quels sont les outils qui permettent d'évaluer ces critères, et comment les orthophonistes procèdent pour réaliser cette évaluation.

Pour répondre à ces questions, nous avons élaboré un questionnaire à destination des orthophonistes. Celui-ci nous a permis de recueillir des données concernant les pratiques cliniques en matière d'évaluation orthophonique préalable à la mise en place d'un dispositif de CAA pour les personnes avec TSA et/ou DI.

Dans cette dernière partie, nous proposerons une interprétation des résultats concernant les critères pertinents à considérer dans l'évaluation, les outils d'évaluation, ainsi que la façon dont les orthophonistes procèdent pour cette évaluation. Nous exposerons ensuite les limites de notre étude, liées notamment à la méthodologie choisie, celle d'un questionnaire. Enfin, nous ouvrirons vers des perspectives concernant le choix et la mise en place, par les orthophonistes, d'un dispositif de CAA pour les personnes avec TSA et/ou DI et dont l'efficacité ne dépend pas uniquement de l'exhaustivité de l'évaluation.

II Interprétation de nos résultats

1 Critères d'évaluation

L'évaluation de critères spécifiques permet à l'orthophoniste de dresser un profil de la personne à qui il pourra proposer un dispositif de CAA adapté et efficace.

1.1 Indicateurs d'efficacité du dispositif

Une fois le dispositif mis en place, l'orthophoniste juge de son efficacité au moyen d'indicateurs, comme l'augmentation du nombre d'échanges, la diminution des troubles du comportement, une augmentation de l'initiation des échanges par la personne, ou encore la généralisation du dispositif à toutes les sphères de vie. La plupart d'entre eux renvoient aux objectifs de la CAA énoncés dans la théorie et sont retrouvés dans les réponses des orthophonistes à notre questionnaire. En effet, la CAA vise à ce que la personne puisse exprimer ses besoins et désirs. Le dispositif de CAA, s'il est efficace, offre alors un support pour communiquer et le nombre d'échanges augmente en conséquence.

Par ailleurs, la diminution des troubles du comportement est un indicateur d'efficacité que mentionnent la majorité des orthophonistes. En effet, il est fréquent que les troubles de la communication provoquent chez les personnes qui en souffrent (comme les personnes avec TSA et/ou DI) des réactions telles que de la colère ou de la frustration en raison de ses difficultés à comprendre ou de ses échecs à communiquer. Cette colère ou cette frustration peuvent se traduire par des comportements inappropriés socialement. Il s'agit pourtant du seul moyen disponible pour ces personnes pour s'exprimer et agir sur leur environnement.

La CAA propose alors une alternative à cette expression comportementale. Elle est remplacée par une forme plus socialement acceptable (Walker et Snell, 2013) et donne ainsi les moyens à la personne d'agir sur son environnement. Dans le même sens, le bénéfice d'un dispositif efficace se retrouve dans l'épanouissement de la personne qui s'est approprié son dispositif, et qui se traduit par des signes de fierté ou de plaisir à communiquer.

En outre, la personne gagne en autonomie lorsque le dispositif s'avère efficace, comme le souligne Howlin (2006). Elle est moins dépendante de ses partenaires de communication pour s'exprimer et initie donc davantage les échanges. Cet indicateur d'efficacité se retrouve d'ailleurs dans les réponses des orthophonistes à notre questionnaire.

La généralisation du dispositif de CAA à toutes les sphères de vie de la personne est également un des principaux indicateurs d'efficacité. En effet, la CAA a pour objectif d'augmenter la participation sociale de la personne, et pas seulement la participation lors des séances d'orthophonie. Or il s'agit d'un objectif que les professionnels ont du mal à atteindre d'après leurs réponses qualitatives au questionnaire.

Si des indicateurs comme "réduction du handicap" ou "meilleure intelligibilité" ne sont cités que par un dixième des orthophonistes, cela peut s'expliquer par le fait que les capacités de communication des personnes avec TSA et/ou DI restent limitées, même en bénéficiant d'un dispositif de CAA.

1.2 Critères évalués par les orthophonistes pour la mise en place d'un dispositif

Visant l'efficacité et la fonctionnalité du dispositif de CAA qu'il met en place, l'orthophoniste veille à ce que ce dernier corresponde au mieux aux besoins de la personne et de son environnement. Pour cela, un ensemble de critères sont à évaluer au préalable.

Parmi les vingt critères que nous avons répertoriés dans les domaines relatifs aux caractéristiques de fonctionnement de la personne, à la communication et au langage, aux partenaires de communication et enfin à la participation sociale, les orthophonistes nous informent qu'ils évaluent presque tous ceux qui ont trait à la communication dans son développement et dans ses aspects langagiers à l'oral, en expression et en compréhension (évalués par 87 à 97% des orthophonistes). Cela n'est pas surprenant puisque ces critères relèvent précisément du champ de compétence de l'orthophoniste.

En revanche, il semble étonnant que seuls 17% des orthophonistes évaluent les compétences de la personne en langage écrit, alors que Beukelman et Mirenda (2013) insistent précisément sur l'importance de mobiliser ces compétences dans le dispositif de CAA. En effet, les habiletés en littératie peuvent être supérieures aux habiletés en langage oral (Courtois-du Passage et Galloux, 2004) -ceci n'est pas expliqué de façon certaine par la recherche mais, par exemple, les habiletés de mémoire visuelle élevées des personnes avec TSA peuvent favoriser une bonne identification des mots écrits, ce qui doit bien sûr être vérifié par l'évaluation du niveau de symbolisme. Ces habiletés en littératie sont-elles réellement inexistantes chez les patients avec TSA et/ou DI des orthophonistes que nous avons sondés ? Ou les orthophonistes ne possèdent-ils pas les outils adaptés pour les évaluer ? Considèrent-ils enfin que ces compétences n'apporteront pas de bénéfices au dispositif de CAA ?

D'autre part, nous pouvons nous étonner de ce que seulement la moitié des orthophonistes évaluent la participation sociale alors que les besoins de communication sont évalués par 87% des orthophonistes. En effet, la participation sociale étant la réalisation des habitudes de vie (Fougeyrollas, 2010), elle est très liée à l'expression des besoins de communication. Beukelman et Mirenda (2013) décrivent d'ailleurs que l'augmentation de la participation sociale est un objectif majeur de la CAA. Finalement, nous pouvons mettre en lien la relativement faible évaluation de la participation sociale avec le peu de considération de ce critère comme indicateur d'efficacité (un quart des orthophonistes seulement s'intéressent à la participation sociale comme témoin de l'efficacité du dispositif mis en place). Encore une fois, nous pouvons nous interroger sur cette différence entre la théorie et la pratique. Un élément de réponse se situe peut-être dans les références explorées à ce sujet. En effet, les auteurs dont nous avons consulté les travaux sur la participation sociale sont nord-américains, et l'outil de Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) a été développé au Québec (Fougeyrollas, Lepage et Noreau, 2004, 2014). Le mode de diffusion des connaissances et des outils au sujet de la participation sociale pourrait donc expliquer le fait que 71% des orthophonistes québécois l'évaluent contre 46% des orthophonistes français. Ainsi, entrerait en compte une question de sensibilité au critère du fait de la disponibilité de l'outil d'évaluation.

Enfin, les caractéristiques de fonctionnement des personnes avec TSA et/ou DI sont considérées dans l'évaluation par plus de la moitié des orthophonistes. La plupart d'entre eux précise que l'évaluation détaillée des habiletés sensorielles, motrices, cognitives et exécutives a été effectuée par d'autres professionnels et que ces données issues du dossier médical du patient sont utiles au choix et à la mise en place du dispositif de CAA.

1.3 Échec du dispositif et causes

Malgré le caractère systématique de l'évaluation préalable à la mise en place du dispositif de CAA, il n'est pas rare que ce dispositif ne soit pas efficace dans la pratique. En effet, 71% des orthophonistes témoignent que les dispositifs de CAA mis en place n'ont pas toujours fonctionné.

Nous avons donc recherché les causes de ces échecs. Supposant que cela pourrait provenir de l'évaluation préalable, l'hypothèse H1 que nous avons formulée présumait qu'une prise en compte effective des critères que les orthophonistes considèrent le plus souvent comme causes d'échec, concourrait alors à l'efficacité du dispositif. Nous constatons que la différence entre ces deux conditions (prise en compte ou non des critères) n'est statistiquement significative pour aucun des critères observés, c'est-à-dire la disponibilité des partenaires de communication, les attentes de ces mêmes partenaires, le niveau de symbolisme de la personne, les capacités cognitives, la nature des échanges et les besoins de communication. Le traitement statistique réalisé sur la base des données quantitatives ne permet donc pas de valider cette première hypothèse à propos de la cause des échecs du dispositif.

En revanche, si l'on revient aux critères qui ressortent le plus souvent comme causes d'échec dans les réponses au questionnaire, la disponibilité des partenaires et les attentes de ces mêmes partenaires ressortent comme causes d'échec pour respectivement 62% et 33% des orthophonistes. Or, cette absence de prise en compte de ces deux critères pourra avoir des répercussions sur le maintien du dispositif de CAA ainsi que sur sa généralisation.

Lorsqu'un dispositif est mis en place, la personne ainsi que ses partenaires de communication vont l'investir jusqu'à se l'approprier. Mais il arrive que le dispositif ne soit pas ou peu investi par les partenaires, notamment lorsque leurs attentes dépassent ce que peut offrir le dispositif de CAA. C'est par exemple le cas lorsque les partenaires s'attendent à ce que le dispositif soit une réponse immédiate aux difficultés de communication de la personne, alors que l'appropriation d'un dispositif de CAA nécessite un temps d'apprentissage pour la personne, et pour ses partenaires au travers d'une éducation thérapeutique. Ce temps d'apprentissage est d'ailleurs variable selon les individus, leur environnement et peut dépendre des politiques institutionnelles, ces dernières conditionnant la mise en place du dispositif (Beukelman et Mirenda, 2013, Kent-Walsh et al, 2015). Ainsi, la généralisation du dispositif de CAA aux différentes sphères de vie de la personne peut être rendue difficile si la disponibilité des partenaires à s'investir dans le dispositif n'était pas considérée dans le processus de mise en place du dispositif.

Par ailleurs, dans les réponses qualitatives des orthophonistes au questionnaire, l'appétence à la communication de la part de la personne ressort comme cause d'échec. Or, il s'agit d'une composante de la communication souvent déficitaire chez les personnes avec TSA, liée à des facteurs psychosociaux tels que la motivation, l'attitude, la confiance et la résilience, que Light (2003) présente précisément comme risquant de compromettre le développement de la compétence communicative. Il semble donc important de l'évaluer en amont et de la développer avant et pendant la mise en place du dispositif. Il s'agit de montrer à la personne ses possibilités d'agir sur son environnement pour qu'elle investisse et s'approprie alors son dispositif de communication. Des techniques de facilitation et d'incitation à la production de messages peuvent être suggérées aux partenaires de communication dans le cadre d'une éducation thérapeutique proposée par l'orthophoniste.

Ainsi, bien que notre hypothèse ne soit pas validée, il semble pertinent de considérer au moment de l'évaluation les critères le plus souvent cités comme cause d'échec dans le but de les neutraliser. En parallèle, l'orthophoniste veillera à optimiser l'évaluation des critères que nous identifierons comme prédicteurs de réussite au moment de l'évaluation. Nous verrons, dans la présentation des perspectives, qu'il en existe d'autres qui jouent un rôle au moment de l'installation du dispositif.

1.4 Identification d'autres critères pertinents

Nous avons analysé et identifié, à travers notre première hypothèse, les critères qui sont souvent considérés comme causes d'échec du dispositif de CAA par les orthophonistes et qui demanderaient à être davantage ou mieux évalués.

Nous nous intéressons, dans notre deuxième hypothèse, aux critères les plus souvent évalués par les orthophonistes, et dont la prise en compte serait supposée mener à l'efficacité du dispositif de CAA.

Les réponses au questionnaire rapportent que les critères les plus souvent évalués par les orthophonistes sont le langage, les précurseurs à la communication, la communication non symbolique, les besoins de communication, les loisirs et intérêts de la personne, la motricité et les capacités cognitives.

Or, nous observons que la différence entre les deux conditions d'évaluation (évaluation ou non des critères) est significative seulement pour la prise en compte du critère "communication non symbolique". Notre troisième hypothèse est donc validée seulement pour le critère "communication non symbolique, sans que nous n'ayons d'explication particulière à apporter pour l'invalidation des autres.

Si l'on s'intéresse aux autres critères les plus évalués par les orthophonistes, il n'est pas étonnant d'observer que les critères relatifs au langage et à la communication sont majoritairement considérés par les professionnels de la communication. Ces critères relèvent en effet de leur champ de compétence. En revanche, bien que cinq critères sur les six majoritairement évalués par les orthophonistes ne mènent pas systématiquement à la réussite du dispositif, on ne peut pas conclure qu'il n'est pas pertinent de les évaluer.

Il conviendrait donc de dire que l'évaluation préalable à la mise en place d'un dispositif se traduirait la prise en compte d'un ensemble de critères, qui, combinés, conduiraient au choix d'un dispositif adapté.

Nous pouvons par ailleurs nous questionner sur le degré de prise en compte des critères : sont-ils suffisamment pris en compte dans le choix du dispositif quand bien même ils font l'objet d'une évaluation ?

1.5 Degré de prise en compte des critères

Pour finir, nous avons observé si, parmi les critères les plus évalués par les orthophonistes, certains ressortaient tout de même comme causes d'échec. Notre analyse a porté sur les critères suivants : langage, précurseurs à la communication, communication non symbolique, besoins de communication, loisirs et intérêts de la personne, motricité, capacités cognitives et niveau de symbolisme, qui sont ainsi les plus évalués par les orthophonistes. La différence entre les deux conditions d'évaluation (évaluation ou non des critères) n'est statistiquement significative pour aucun des critères observés.

Cela signifie donc que l'évaluation quasi-systématique de certains critères par les orthophonistes ne suffit pas à garantir l'efficacité du dispositif. Notre hypothèse 3 est donc validée.

Cela est peut-être dû à la façon dont ils sont évalués et notamment aux outils d'évaluation utilisés : sont-ils vraiment adaptés pour évaluer avec précision les différents critères requis ? Par ailleurs, l'intervention qui découle de l'évaluation a son importance dans l'efficacité du dispositif mis en place. Cette efficacité sera mesurée lors d'une évaluation de suivi, selon des indicateurs d'efficacité prédéfinis. Les aspects relatifs à l'intervention seront discutés dans la partie perspectives.

2 Des outils d'évaluation à l'accès inégal

Après avoir analysé les critères pertinents à considérer pour le choix d'un dispositif de CAA, nous nous sommes intéressées aux outils qui permettent aux orthophonistes d'évaluer ces critères, ce qu'ils ont renseigné dans le questionnaire en fonction de leur pratique. Le nombre d'occurrences des outils est donc un indicateur de leur fréquence d'utilisation par les orthophonistes ainsi que de leur accessibilité.

Nous constatons que l'échantillon d'outils obtenu est assez considérable au niveau du nombre total d'outils mentionnés. Cependant, l'utilisation de ces outils est assez hétérogène puisque certains orthophonistes évoquent une longue liste d'outils -dont des outils "maison" qu'ils ont développés- alors que d'autres déplorent au contraire un manque de moyens pour évaluer les compétences en jeu dans la mise en place de la CAA. En effet, 64% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire témoignent d'un manque d'outils d'évaluation pour parvenir au choix du dispositif de CAA qui sera le plus adapté à la personne.

Ceci nous amène donc à nous questionner sur les raisons d'un tel contraste entre les pratiques et à expliquer pourquoi plus de la moitié des orthophonistes déclarent ne pas se sentir bien outillés, malgré l'existence d'un matériel foisonnant. (1) Les outils mentionnés par les orthophonistes qui indiquent de nombreuses références sont-ils tous pertinents et adaptés pour la population de personnes avec TSA et/ou DI ? (2) Permettent-ils de cibler les critères d'évaluation cités ci-dessus ? (3) Ces outils sont-ils autant disponibles pour tous les orthophonistes ?

Pour répondre à la première question, il faut analyser de façon un peu plus fine les réponses des orthophonistes concernant les outils d'évaluation utilisés. Il s'agit bien souvent, pour le langage oral, d'outils couramment utilisés auprès d'une patientèle plus large qu'une population de personnes avec TSA et/ou DI (EVALO, ELO, Reynell, TVAP, O-52...), et ces outils sont adaptés par la suite par les orthophonistes pour des situations d'évaluation avec des personnes TSA et/ou DI. Ainsi, il s'agirait de ne pas se limiter aux outils élaborés spécifiquement pour les personnes avec TSA et/ou DI, mais de solliciter un matériel développé pour des personnes présentant d'autres pathologies (surdité par exemple), dans un mouvement de décroisement entre les domaines.

Deuxièmement, en ce qui concerne la possibilité d'utiliser ces outils d'évaluation pour évaluer spécifiquement chaque critère, il s'agit pour les orthophonistes d'analyser la possibilité pour l'outil d'évaluation de fournir une réponse adéquate à l'aspect qu'ils veulent évaluer. Puis les orthophonistes doivent pouvoir analyser la signification des résultats à ces différentes épreuves.

Troisièmement, il semblerait alors que les questions d'existence et de disponibilité des outils soient quelque peu différentes. En effet, un outil peut être très répandu dans un pays, tout en n'étant nullement diffusé ni même connu dans un autre pays. La langue dans laquelle l'outil est diffusé jouerait un rôle important au niveau des conditions d'accès aux outils d'évaluation. Ainsi, nous notons que les orthophonistes québécois utilisent volontiers des outils d'évaluation anglophones pour évaluer les compétences langagières, ces derniers étant issus des travaux de recherche des États-Unis et du Canada anglophone, qui sont proches voisins et qui se situent alors dans la même dynamique en termes de pratiques orthophoniques et de références théoriques. Par ailleurs, certains outils nord-américains ont été traduits en français québécois et étalonnés sur une population franco-québécoise ; des outils comme la CELF sont donc majoritairement utilisés au Québec. D'autres outils comme la MHAVIE ont été élaborés par des Québécois. A l'inverse, EVALO est une batterie élaborée en France et qui y est très utilisée, mais elle manifestement peu répandue au Québec (34% des orthophonistes français la mentionnent contre 1% des orthophonistes québécois). Par ailleurs, les Situations d'Observations Structurées de la Communication (SOS Com) ont été développées au Québec, mais elles sont relativement répandues dans les pratiques des orthophonistes français (11% des orthophonistes français les mentionnent).

Notons que les pratiques des orthophonistes exerçant à La Réunion diffèrent peu de celles des orthophonistes de France métropolitaine au niveau des outils d'évaluation et de la procédure employée. Ceci peut être expliqué par la proximité des pratiques orthophoniques entre ces deux territoires, notamment du fait de la formation des orthophonistes réunionnais en France métropolitaine.

En somme, le manque d'outils disponibles pour les orthophonistes francophones est peut-être une raison de l'insuffisance de l'évaluation. Il s'agirait de favoriser la diffusion de ces connaissances concernant les possibilités d'évaluation, afin que chaque orthophoniste puisse mobiliser les outils d'évaluation répondant de façon adéquate aux critères qu'il cherche à évaluer pour un patient donné.

Finalement, pour revenir sur le critère qui était l'objet de nombreux échecs de mise en place de dispositifs de CAA -la disponibilité des partenaires de communication-, nous tenons à souligner que la grande majorité des orthophonistes procèdent à cette évaluation par le biais de nombreuses observations et d'échanges avec les partenaires de communication. Ainsi, des orthophonistes évoquent une collaboration avec les familles, voire se rendent disponibles pour des rendez-vous et des formations.

3 L'évaluation en pratique

L'évaluation préalable se décline ainsi à travers trois composantes :

- ✓ elle se concentre sur des critères (son contenu),
- ✓ emprunte des techniques et des outils d'évaluation (sa forme),
- ✓ est mise en pratique par des orthophonistes, selon leur formation et leur familiarité avec la CAA (son utilisation).

Après nous être intéressées au contenu et à la forme de l'évaluation, nous allons discuter de sa mise en pratique.

3.1 Formations des orthophonistes dans le domaine de la CAA

Seuls 64% des orthophonistes citent la formation initiale comme source de développement des connaissances. En France, l'intégration du domaine des Communications Alternatives et Améliorée est relativement récent dans la formation initiale mais en constante évolution. Avec l'arrivée du Master en orthophonie, des enseignements ont été ajoutés sur ce domaine, notamment sur l'utilisation des nouvelles technologies ou encore sur l'éducation thérapeutique des partenaires consistant à outiller le partenaire pour lui donner les compétences pour communiquer avec son proche qui a des besoins particuliers en communication. Les cursus ont par ailleurs été harmonisés entre les différents centres de formation en orthophonie.

Cependant, pour les orthophonistes français déjà diplômés, le développement de leurs compétences est à leur initiative. Il peut passer par les formations continues et l'appartenance à un réseau de partage autour des CAA, notamment le réseau ISAAC-Francophone.

En outre, certains orthophonistes ont exprimé dans le questionnaire un manque d'expérience qui nuirait à leurs compétences. Cela peut ensuite avoir des conséquences sur

la mise en place du dispositif, notamment sur l'éducation thérapeutique proposée aux partenaires et à leur formation à l'installation, à l'entretien et à l'utilisation du dispositif, alors que la théorie et la pratique nous révèlent qu'il s'agit d'un point fondamental pour viser l'efficacité du dispositif.

En ce qui concerne les formations aux dispositifs, nous avons demandé de façon qualitative aux orthophonistes les formations qu'ils ont reçues. Celles qui ressortent majoritairement sont celles formant à l'utilisation du PECS et du Makaton. Or, on peut se demander si une telle familiarité avec un dispositif contribue à ce qu'il soit choisi préférentiellement.

3.2 Synthèse des critères d'évaluation et choix du dispositif

Dans les réponses qualitatives, une part importante des orthophonistes disent choisir un dispositif parmi ceux qu'ils connaissent (les plus fréquents étant le PECS et le Makaton) et qui correspond au mieux au profil de la personne, obtenu à partir de la synthèse des critères. Or, la théorie décrit la démarche évaluative inverse, c'est-à-dire que l'on part du profil de la personne pour choisir en conséquence un dispositif le plus adapté possible parmi ceux qui sont disponibles. D'ailleurs, les recherches actuelles n'offrent pas une connaissance exhaustive des particularités de fonctionnement des personnes avec TSA et/ou DI, ce qui complique la possibilité de fournir une réponse des plus adaptées aux besoins de communication de la personne.

Les auteurs recommandent par ailleurs d'impliquer les partenaires dans ce processus évaluatif pour la mise en place d'un dispositif. Cela concorde avec la volonté de proposer une réponse au moyen du dispositif de CAA pour améliorer la participation sociale de la personne dans toutes ses sphères de vie.

Prenant en considération cet objectif d'une communication élargie aux différentes sphères de vie, il convient d'inclure les partenaires de communication dans les différentes étapes de la démarche évaluative pour la mise en place d'un dispositif de CAA.

III Limites de notre étude

1 A propos de la forme du questionnaire

Nous avons veillé, dans la rédaction du questionnaire, à rendre nos attentes explicites et à ne pas induire de réponses. Cela nous a demandé d'être claires et précises dans nos formulations et dans le choix des termes employés, autant pour les termes techniques orthophoniques que pour les termes non techniques.

Dans un souci de clarté, nous avons détaillé les termes génériques que nous avons employés pour certaines questions afin de nous assurer de partager la même définition avec les orthophonistes. Nous avons détaillé ce que comprenaient les compétences socles (contact visuel, attention conjointe, pointage, imitation ...), qui peuvent aussi être appelées "précurseurs à la communication".

Cependant, pour certains critères, nous avons jugé qu'il n'était pas nécessaire de les détailler et les avons regroupés par catégories pour ne pas en avoir trop au final. Par exemple, les fonctions exécutives incluent les capacités d'attention et de mémoire.

De même, nous nous sommes contentées de nommer les types de dispositifs de CAA sans donner d'exemples pour ne pas induire de réponses. Mais les orthophonistes ont l'habitude dans la pratique de nommer les dispositifs et non les évoquer par leur type. Ils n'ont donc peut-être pas toujours su répondre facilement à la question.

Dans certains cas également, il aurait peut-être fallu définir ce que signifient les termes "nature des échanges", "besoins en matière de communication", "disponibilité des partenaires", "participation sociale" pour être sûres d'en partager la signification avec les orthophonistes.

Ces imprécisions au niveau du lexique auront pu influencer les réponses des orthophonistes. Par exemple, nous nous demandons si le terme "littératie" aura évoqué la notion de langage écrit pour les orthophonistes ou si cela n'était pas clair.

Concernant les aspects techniques du formulaire Google Form, nous aurions souhaité pouvoir utiliser d'autres fonctionnalités. Par exemple, il aurait été plus simple de pouvoir proposer un format de réponse conditionnelle, c'est-à-dire qu'une question supplémentaire se serait ouverte en fonction de la réponse donnée.

Enfin, lorsque nous avons recueilli nos résultats, nous nous sommes rendu compte qu'il aurait été intéressant de proposer des réponses sous forme d'échelle. Par exemple, pour les critères, proposer une échelle de 1 à 5 afin de voir l'importance qu'accordent les orthophonistes à chaque critère avec 1 "critère non pris en compte" et 5 "critère évalué en priorité".

Ces fonctionnalités n'étant pas disponibles avec Google Form, il aurait été préférable opter pour un autre type de formulaire.

2 A propos du contenu du questionnaire

D'autre part, le questionnaire comporte des imprécisions qui ont restreint la possibilité de pousser l'analyse aussi loin que nous l'aurions voulu. Par exemple, il aurait été intéressant de préciser aux orthophonistes de renseigner l'âge développemental de la personne, notre question ne spécifiant pas à quel âge on se référait.

Certains items auraient donc mérité d'être détaillés ou auraient dû faire l'objet d'une question spécifique. Nous pensons notamment à l'évaluation de la pragmatique, qui est un élément important de la compétence langagière mais que nous n'avons pas suffisamment mis en valeur dans le questionnaire. Cela fait que le questionnaire que nous avons élaboré n'est pas exhaustif.

Nous nous sommes aussi rendu compte que l'item "niveau de représentation symbolique" ne se trouvait plus dans la liste des critères du formulaire que nous avons envoyé aux orthophonistes, alors qu'il nous importait de le documenter. Nous avons cherché à réparer cet oubli en transmettant a posteriori la question correspondant à cet item manquant à tous les répondants dont nous avons les coordonnées : 75 répondants sur 94 ont été recontactés et 52 d'entre eux ont répondu. Mais ce procédé comporte un biais méthodologique car on peut supposer que les répondants n'ayant pas laissé leurs coordonnées la première fois -car ils n'auraient pas été intéressés pour être tenus au courant de la suite de notre travail- ou ceux qui n'ont pas répondu à notre seconde sollicitation auraient peut-être répondu qu'ils n'évaluaient pas ce critère. Cela a pu jouer sur la proportion d'orthophonistes qui considèrent cet item comme un critère d'évaluation important. En quelque sorte, nous postulons que les orthophonistes qui ont répondu à notre questionnaire, a fortiori à notre deuxième sollicitation, sont ceux qui s'intéressent le plus à l'actualité dans le domaine des CAA et qui sont le plus au fait des outils d'évaluation disponibles.

Enfin, en ce qui concerne les causes d'échec, nous avons formulé une question à choix multiples, en proposant aux orthophonistes de renseigner une réponse "autre" si besoin. Cependant, après avoir reconsidéré le processus de mise en place d'un dispositif de CAA, il nous semble que nous avons omis de mentionner une potentielle cause d'échec, à savoir l'éducation thérapeutique des partenaires au sujet de stratégies de mise en place. En effet, l'installation d'un dispositif de CAA comprend les caractéristiques matérielles (choix des symboles, organisation du vocabulaire, mode d'accès, etc.) et aussi les stratégies de mise en place (définition du cadre, de la façon de modéliser les échanges, de poser des questions, etc.), comme le suggèrent Kent-Walsh et al. (2015). De même, il aurait été pertinent d'interroger les orthophonistes sur la proposition qu'ils peuvent faire d'une éducation thérapeutique aux partenaires de communication.

3 Diffusion du questionnaire

Par la méthodologie que l'on a choisie, à savoir celle d'un questionnaire diffusé à un grand nombre de professionnels orthophonistes, logopèdes, et logopédistes, notre étude comporte certaines limites relatives à la validité de nos résultats. Si le nombre de répondants (94 orthophonistes au total) nous permet de prétendre obtenir des résultats plutôt représentatifs concernant les orthophonistes français et québécois (respectivement 74 et 17 répondants), ce n'est pas le cas pour la Belgique ou la Suisse (respectivement 1 et 0 répondant). Le peu de réponses des logopèdes et logopédistes pourrait peut-être s'expliquer par un manque de sollicitation des réseaux professionnels lors de la diffusion du questionnaire.

IV Perspectives

1 L'intervention orthophonique découlant de la prise en compte des critères

1.1 La synthèse des critères d'évaluation menant au choix d'un dispositif

Dans la démarche évaluative orthophonique pour la mise en place d'un dispositif de CAA, la synthèse de critères inhérents aux caractéristiques de fonctionnement de la personne, à ses compétences communicationnelles et langagières, à sa participation sociale et à ses partenaires de communication permet de faire le choix d'un dispositif adapté au profil de la personne et à l'environnement dans lequel elle évolue.

Or, faire ce lien entre ce profil et les dispositifs disponibles constitue une étape complexe de l'évaluation, comme le soulèvent Dietz et al (2011) et les orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire. C'est pourquoi il pourrait être intéressant de recenser, par exemple sous la forme d'un tableau, les dispositifs en fonction des critères spécifiques qu'ils mettent en jeu pour être utilisés de façon fonctionnelle. Ainsi la prise en compte de ces critères mène au choix d'un dispositif dont on peut prédire l'efficacité.

1.2 La mise en place du dispositif comme révélateur de son efficacité

Néanmoins, l'efficacité du dispositif ne dépend pas seulement de l'évaluation préalable et se révèle de manière effective lors de l'installation du dispositif. Les critères inhérents à la personne et à l'environnement dans lequel elle évolue devront donc également être pris en compte dans la mise en place du dispositif pour viser son efficacité. Si l'on prend l'exemple du critère des attentes des partenaires, le recueil de ces attentes lors de l'évaluation est pertinent pour faire le choix d'un dispositif adapté mais ne suffit pas. Il s'agira alors d'entendre et de prendre en compte ces attentes lorsque sera mis en place le dispositif. En effet, l'orthophoniste peut relever au moment de l'évaluation des attentes trop élevées de la part des partenaires en matière de communication par rapport à ce qu'un dispositif de CAA peut leur fournir, par exemple qu'il soit une réponse immédiate aux troubles de la communication de leur proche. L'orthophoniste pourra alors, par des séances d'accompagnement familial, aider les partenaires pour qu'ils persévèrent dans l'apprentissage à l'utilisation du dispositif, bien qu'ils ne voient pas de changement immédiat dans leur communication avec leur proche.

1.3 Accompagnement des partenaires

Le rôle de l'orthophoniste est donc de montrer l'importance de la modélisation, qui consiste pour les partenaires à donner à leur proche un modèle de communication à partir de son propre dispositif, en veillant à ce que ce soit dans une situation naturelle de communication et non dans le cadre d'une situation d'apprentissage. Autrement dit, il faut former les partenaires à utiliser le dispositif de CAA toutes les fois qu'ils adressent un message à leur proche, qui a des besoins complexes en matière de communication. La personne pourra alors s'emparer de ce modèle et investir son dispositif (qui, par ailleurs, lui est adapté), ce qui contribuera à le rendre fonctionnel et efficace.

Ainsi, on vise le maintien du dispositif si l'on a accueilli les attentes et/ou doutes des partenaires, échangé en amont des difficultés qu'il faudra probablement surmonter et les avons accompagnés à s'approprier le dispositif pour pouvoir modéliser le langage. Il est par ailleurs important de souligner aux partenaires le caractère évolutif du dispositif, comme l'évolution des photos en pictogrammes, l'enrichissement du lexique, l'introduction du langage écrit, en fonction du développement de la personne notamment, et de l'anticiper. Des évaluations de suivi permettront ces ajustements, tant au niveau de l'aide matérielle que de l'aide humaine, ce que recommandent ainsi Beukelman et Mirenda (2013).

1.4 Éducation thérapeutique

Notre recherche permet d'affirmer qu'on ne peut pas se contenter de proposer des techniques et des aides matérielles au nom d'une intervention en CAA, mais qu'il est indispensable d'offrir une formation et un véritable accompagnement aux partenaires de communication, et notamment aux parents. Cela se traduit par une éducation thérapeutique (Baghdadli, Darrou et Meyer, 2015), c'est-à-dire que le rôle de l'orthophoniste est d'outiller le parent pour lui donner les compétences, non naturelles, pour communiquer avec cet enfant qui a des besoins particuliers. En effet, la communication est affectée pour les personnes avec TSA et/ou DI, mais aussi pour leurs partenaires de communication, qui sont démunis pour répondre à leurs besoins de communication particuliers. Un grand nombre de ressources étant disponibles grâce à internet, les parents sont donc plus libres d'essayer différents dispositifs, notamment ceux qui les attirent davantage du fait d'une familiarité plus importante avec certains supports, par exemple les nouvelles technologies. Mais cette émancipation peut nuire à l'adaptation du dispositif aux caractéristiques de fonctionnement de la personne puisqu'elle ne passe pas par l'évaluation orthophonique préalable à sa mise en place. L'action des professionnels s'en voit donc enrayée, alors qu'il s'agirait de discuter avec les partenaires de communication et de répondre à leur demande d'outillage, tout en leur donnant les moyens de développer l'usage de ce support.

En effet, les parents sont souvent en grande demande d'orthophonie mais ne trouvent pas d'orthophoniste formé à proximité pour répondre à leur besoin. Il peut également s'agir de la recherche d'un professionnel formé à un dispositif précis, ce qui réduit les possibilités d'accès à l'orthophonie, alors qu'un autre dispositif serait plus adapté.

La collaboration partenaire-professionnel représente bien un enjeu de l'évaluation, à travers les attentes, les connaissances et les représentations qui sont impliquées. De futures recherches pourraient ainsi s'intéresser au point de vue des parents dans ce processus de mise en place de CAA, et à la collaboration partenaire-professionnel.

2 Mutualiser les connaissances et les outils pour l'évaluation de la CAA

Le domaine de la Communication Alternative et Améliorée est un champ d'étude en pleine émergence, catalysé par la révolution numérique qui bouleverse les pratiques qui s'exerçaient jusqu'alors. Cela se traduit par un accès démultiplié à des dispositifs de CAA, mais il semblerait que cet effet ne soit pas aussi large en ce qui concerne les outils d'évaluation.

2.1 Des ressources différentes à travers le monde

Il s'agirait donc de favoriser le partage des connaissances dans le domaine de la CAA et de développer les échanges au sujet des pratiques, en formant une sorte de communauté de savoirs. En effet, il est souvent rapporté que "le Canada est en avance", "les États-Unis sont un modèle en matière de recherche" -sans que les orthophonistes français n'accèdent vraiment à ces apports théoriques et cliniques en raison de la barrière de la langue. Il semblerait que le domaine de la CAA connaisse aussi un essor dans d'autres pays européens mais, encore une fois, peu d'échos parviennent jusqu'en France et il n'est pas toujours évident de dénicher les travaux les plus pertinents par rapport à l'information recherchée. Il existe des revues spécialisées dans le domaine des CAA qui diffusent ce genre de recherches, comme la revue de l'ISAAC ou encore des revues spécialisées dans le domaine de l'autisme ou de la déficience intellectuelle, mais ces revues en anglais sont probablement peu connues ou consultées par les orthophonistes francophones. Les retours que nous avons reçus des orthophonistes nous apprennent ainsi que la démarche adoptée est le plus souvent empirique, à procéder par tâtonnement, par essai et erreur, pour tenter de cerner les mesures qui seront les plus adaptées pour la personne prise dans son environnement.

2.2 Les difficultés à développer la recherche en France

Cependant, nous avons eu connaissance de projets qui se construisaient dans des établissements spécialisés, portés par l'orthophoniste et l'équipe, mais ces formidables travaux semblaient peu relayés à l'extérieur de l'institution. Or, certains établissements spécialisés n'incluent pas d'orthophoniste du fait d'un poste vacant ou d'une absence de poste, ou encore ne proposent qu'un temps partiel, insuffisant pour répondre à toutes les demandes relevant de la mission de l'orthophoniste.

Les orthophonistes exerçant en libéral ont quant à eux un cadre de travail tout autre et se spécialisent parfois dans la prise en charge de la personne avec TSA, ce qui implique d'autres défis, comme celui d'une collaboration pluridisciplinaire ou d'une généralisation de la mise en œuvre de la CAA dans les différents cadres de vie de la personne, hors du cabinet.

De plus, les enseignements offerts dans la formation initiale sont très récents donc les orthophonistes déjà diplômés doivent trouver seuls les moyens de développer leurs connaissances, ce qu'ils peuvent faire grâce à la formation continue ou à leurs recherches bibliographiques personnelles. Or, les ressources en question sont souvent en langue étrangère -en anglais pour les plus répandues- et la traduction de livres, d'outils d'évaluation, de manuels d'utilisation des dispositifs (comme les applications numériques par exemple) est rarement disponible. Il peut donc être décourageant de se heurter à tous ces obstacles lorsque l'on effectue un travail préparatoire à une intervention orthophonique sur un chemin peu balisé.

2.3 Questions politiques et morales

Ces différents cas de figure illustrent la difficulté à mobiliser le temps et les ressources nécessaires pour mettre à jour ses connaissances, développer des recherches de terrain et communiquer à propos des résultats obtenus. Cela relève alors d'une question de politique institutionnelle concernant la reconnaissance du temps à accorder à ce développement des connaissances et des pratiques orthophoniques, ainsi que des moyens à mettre en oeuvre pour permettre une intervention en orthophonie de qualité, afin d'offrir une réponse complète aux difficultés de communication des patients.

Il ne s'agit pas d'une question d'inertie car les orthophonistes et les équipes sont souvent très investis dans le développement de recherches et de travaux, mais davantage d'une question de moyens disponibles pour cela. Les expérimentations pratiquées sont donc menées au prix de pirouettes organisationnelles et d'un grand dévouement individuel pour développer ces projets, souvent non reconnus sur le plan salarial et de la propriété intellectuelle. Intervient ici une question morale au sujet de la diffusion de tout le travail réalisé, souvent bénévolement, au prix d'un investissement total qui est très coûteux en énergie et déborde sur d'autres sphères que le strict exercice professionnel.

Les retours des orthophonistes ayant pris connaissance de notre recherche allaient effectivement dans le sens d'un réel besoin d'une mutualisation des connaissances et des pratiques dans le domaine des CAA pour les personnes avec TSA et/ou DI.

2.4 Perspectives d'avenir pour la recherche en CAA

Nous pouvons donc rêver d'un partage des connaissances pour alléger le poids des professionnels qui peuvent se trouver contraints à des essais cliniques en étant isolés. Cela se fait déjà par l'intermédiaire de blogs et de sites internet développés sur des initiatives individuelles puis alimentés grâce au bénévolat comme "PONTT", "Autisme et orthophonie", "Ortho-n-co" ou la page facebook d'ISAAC-francophone. Ces travaux permettent de débroussailler le champ de la CAA et constituent une voie pour la construction de pratiques cliniques basées sur des données probantes.

A l'avenir, on peut imaginer que les institutions soient un lieu de recherche clinique où des études de cas pourraient être réalisées de façon plus systématique et diffusées plus aisément. Pour cela, Walker et Snell (2013) recommandent de qualifier l'étude selon cinq indicateurs, à savoir :

- ✓ la fiabilité inter-juges,
- ✓ la fidélité de l'intervention (mesure d'acceptation de la fidélité de l'intervention pour chaque variable indépendante),
- ✓ la validité sociale (mesure de la valeur ou de l'aspect pratique de l'intervention),
- ✓ la généralisation (mesure de l'acquisition des compétences avec d'autres partenaires de communication, dans d'autres contextes ou face à d'autres réactions du partenaire de communication),
- ✓ le maintien des acquis (à mesurer au moins trois mois après le début de l'intervention).

Des moyens pourraient alors être mis en oeuvre pour que le clinicien puisse rendre probantes les données issues de sa pratique, en gardant avant tout son rôle de clinicien auprès de ses patients avec besoins complexes en matière de communication. En ce sens, la priorité reste à la clinique et à la prise en soin des patients, et la recherche devant évidemment respecter des principes éthiques.

CONCLUSION

Les personnes avec TSA et/ou DI présentent des particularités de fonctionnement qui entraînent des difficultés sur le plan de la communication, et en conséquence sur leur participation sociale. La mise en place d'un dispositif de CAA se veut une réponse pour pallier ces difficultés de communication et permettre à la personne d'exister dans un monde social en se positionnant en tant que sujet (Denni-Krichel, citée par Cataix-Nègre, 2011).

Or, le choix et la mise en place d'un dispositif de CAA pour les personnes avec TSA et/ou DI consiste souvent en une démarche empirique de la part des orthophonistes, la conséquence étant que le processus de mise en place d'un dispositif peut être long et risqué de résulter en un échec.

Supposant que la réussite du dispositif de CAA est surtout conditionnée par l'évaluation préalable, nous avons réalisé un état des lieux des pratiques orthophoniques en matière d'évaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA, par le biais d'un questionnaire en ligne. En réponse, nous avons souhaité proposer aux orthophonistes des repères quant à cette évaluation préalable. En particulier, nous avons étudié les critères à prendre en compte dans l'évaluation préalable et les outils d'évaluation disponibles pour cela. En effet, l'évaluation présente un défi que les professionnels de la communication doivent relever, à l'heure où les nouvelles technologies sont en pleine expansion et où leur accès est facilité. L'évaluation et l'expertise clinique de l'orthophoniste permettraient de proposer le dispositif de communication le plus adapté à la personne et non le plus disponible sur le marché.

L'évaluation permet donc de prédire l'efficacité du dispositif de CAA puisqu'ont été pris en compte des critères inhérents à la personne et à l'environnement dans lequel elle évolue. Cependant, son efficacité se révélera de manière effective lors de sa mise en place. Voilà l'enjeu du développement du champ de compétence de l'orthophoniste dans le domaine des CAA : son rôle est d'accompagner au mieux la personne et son entourage dans la mise en place d'un dispositif. Son intervention consiste notamment à proposer une éducation thérapeutique aux partenaires de communication, afin qu'ils investissent le dispositif de leur proche et que ce dernier se l'approprie grâce à la modélisation. Cela traduirait l'un des objectifs de la CAA, qui est de permettre à la personne d'augmenter sa participation sociale, en parvenant à généraliser l'utilisation de son dispositif dans toutes les sphères de sa vie.

REFERENCES

- Allen, A.A. & Shane, H.C. (2014). Autism spectrum disorders in the era of mobile technologies: Impact on caregivers. In *Developmental neurorehabilitation*, 17(2). 110–114. DOI: 10.3109/17518423.2014.882425
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Trad. française Crocq, M.-A. et Guelfi, J.D. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F. & Roy, S. (2002). *Dialogoris 0/4 ans Orthophonistes*. Nancy : Com-Medic.
- Baghdadli, A., Darrou, C. & Meyer, J. (2015). *Éducation thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique : Informer, former, accompagner*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Beukelman, D. & Mirenda, P. (2013). *Augmentative and alternative communication: supporting children and adults with complex communication needs* (4e ed). Baltimore: Brookes.
- Blackstone, S. & Hunt Berg, M. (2003). *Les réseaux sociaux : Un inventaire de la communication pour les personnes ayant des besoins de communication complexes et leurs partenaires*. Repéré à http://www.constance-lethbridge.qc.ca/CRCL_WEB/Datas/Fichiers/crcl_160.pdf
- Blanc, R., Adrien, J.-L., Roux, S. & Barthélémy, C. (2007). Les troubles du jeu symbolique et du développement de la communication chez les enfants autistes : à propos de la dysrégulation de l'activité. In Nader-Grosbois, N., *Régulation, autorégulation, dysrégulation* (pp. 161-172). Wavre : Mardaga.
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978). *Language Development and Language Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Bondy, A. & Frost, L. (2002). A picture's worth: PECS and other visual communication strategies in autism. *Topics in Autism*. Bethesda : Woodbine House.
- Bourque, F. (2002). *S.O.S.com : Situations d'Observation Structurées de la communication : Guide d'observation et d'évaluation de la communication chez l'élève présentant un trouble envahissant du développement*. ERS–DI–TED - Équipe régionale de soutien en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Repéré à <https://www.yumpu.com/fr/document/view/17566132/situations-dobservation-structurees-de-la-communication>
- Brady, N.C., Bruce, S., Goldman, A., Erickson, K., Mineo, B., Ogletree, B.T., Paul, D., Romski, M.A., Sevcik, R., Siegel, E., Schoonover, J., Snell, M., Sylvester, L. & Wilkinson, K. (2016). Communication services and supports for individuals with severe disabilities: Guidance for assessment and intervention. In *American Journal of Intellectual Developmental Disability*, 121(2). 121–138. doi: 10.1352/1944-7558-121.2.121
- Cafiero (2011). *AAC meets ABA-natural aided language interventions for individuals with autism and complex communication needs*. Disponible sur www.closingthegap.com
- Cataix-Negre, E. (2007). Les nouvelles technologies, oui, mais ne laissons pas le reste au placard ! In *L'Orthophoniste*, 273. 19-25.

Cataix-Negre, E. (2011). Communiquer autrement : Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives. Marseille : Solal.

Charlop, M.H., Greenberg, A.L. & Chang, G.T. (2011). Augmentative and alternative communication systems. In *Autism Spectrum Disorders*. 1129-1143.

Coudougnan, E. (2012). Le bilan orthophonique de l'enfant autiste des recommandations à la pratique. In *Rééducation orthophonique*, 249. p.77-90

Courtois-du-Passage, N. & Galloux, A.S. (2004). Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : aspects formels et pragmatiques du langage. In *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52. 478-489. DOI :10.1016/j.neurenf.2004.09.004

Cress, C.J. & Marvin, C.A. (2003). Common questions about AAC services in early intervention. In *Augmentative and Alternative Communication*, 19(4). 254–272. Repéré à <http://digitalcommons.unl.edu/specedfacpub/88>

Crunelle, D. (2016). CHESSEP : Communication Handicap complexe: Evaluer, Situer, S'adapter, Elaborer un Projet individualisé [Document téléchargeable]. Repéré à http://www.crunelle.com/1/chessep_969320.html

Coudougnan, E. (2012). Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique. In *Rééducation orthophonique*, 249. 77-90.

Cuny, F. & Gasser, F. (2000). Evaluation des capacités de communication verbale et non verbale chez l'enfant autiste. In *Glossa*, 70. 4-14.

Curry, C.K., Stevenson, R.E., Aughton, D., Byrne, J., Carey, J.C., Cassidy, S., Cunniff, C., Graham, J.M., Jones, M.C., Kaback, M.M., Moeschler, J., Schaefer, G.B., Schwartz, S., Tarleton, J. & Opitz, J. (1997). Evaluation of mental retardation : Recommendations of a consensus conference. In *American journal of medical genetics*, 72. 468-477.

De Leo, G., Lubas, M. & Mitchell, J.R. (2012). Lack of communication even when using alternative and augmentative communication devices : Are we forgetting about the three components of language. In *Autism*, 2(2). Repéré à <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7890.1000e109>

Dietz, A., Quach, W., Lund, S.K. & McKelvey, M. (2012). AAC assessment and clinical-decision making : The impact of experience. In *Augmentative and Alternative Communication*, 28(3). 148-159. DOI: 10.3109/07434618.2012.704521

Dunn Klein, M. (1982). Pre-sign language motor skills : Skills starters for motor development. Tucson : Communication skill builders.

Fédération Suisse pour les Téléthèses (2011). Conseils de démarrage d'un projet CAA. Repéré à http://www.fst.ch/fileadmin/fst/Download/download_fr/Conseils_demarrage_projet_CAA.pdf

Fougeyrollas, P. (2010). Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH). Repéré à <http://www.ripph.qc.ca/mdh-pph/mdh-pph>

Frith, U. & Baron-Cohen, S. (1987). Perception in autistic children. In D. Cohen, A. Donnellan, & R. Paul (Eds.), *Handbook of autism and disorders of atypical development*. (pp. 85-102). New York: Wiley.

Gazaniol, N. (2015). Acquisition motrice et marche chez les enfants avec trouble du spectre autistique. In *Bulletin scientifique de l'arapi*, 35. 47-53.

Ganz, J.B. (2015). AAC interventions for individuals with autism spectrum disorders: State of the science and future research directions. In *Augmentative and Alternative Communication*, 31(3). 203-214. DOI : 10.3109/07434618.2015.1047532

Gillet, P. (2013). *Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant*. Bruxelles : De Boeck-Solal.

Guidetti, M. & Turrette, C. (2011). *ECSP : Echelle d'évaluation de la Communication Sociale Précoce*. Paris : eurotests éditions.

Haute Autorité de Santé (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) : Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Repéré à www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé (2012). *Autisme et autres TED : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Repéré à www.has-sante.fr

Hong, E.R., Ganz, J.B., Gilliland, W. & Ninci, J. (2014) Teaching caregivers to implement an augmentative and alternative communication intervention to an adult with ASD. In *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8. 570-580. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2014.01.012>

Howlin, P. (2006). Augmentative and alternative communication systems for children with autism. In Charman, T. & Stone, W., *Social and communication development in autism spectrum disorders : early identification diagnosis and intervention* (pp. 236-266). New York : The Guilford Press.

ISAAC-francophone : section française de la Société Internationale ou de la Communication Alternative et Améliorée. Qu'est-ce que la Communication Alternative ? [Document électronique]. Repéré à http://www.isaac-fr.org/images/stories/Accueil/CAA_definition.pdf

Julien-Gauthier, F., Dionne, C., Héroux, J. & Mailhot, S. (2012). Observation de pratiques pour développer des habiletés de communication chez les enfants du préscolaire qui ont des incapacités. In *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1). 101-134.

Kent-Walsh, J., Murza, K.A., Malani, M.D. & Binger, C. (2015). Effects of communication partner instruction on the communication of individuals using AAC : A meta-analysis. In *Alternative and Augmentative Communication*, 31(4). 271-284. DOI: 10.3109/07434618.2015.1052153

Kern, S., Langue, J., Zesiger, P & Bovet, F. (2010). Adaptations françaises des versions courtes des inventaires du développement communicatif de MacArthur-Bates. In *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 107-108. 217-228.

Leclerc, M.-C. (2005). Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés. In *Rééducation orthophonique*, 221. 157-170.

Lefort-Leblanc, L. (2004). L'évolution atypique de la parole et du langage chez l'enfant. In CSCOE, *Communiquer autrement : Guide de suppléance à la communication orale* (pp. 29-34). Repéré à <http://recit.qc.ca/cscoe/>

Light, J. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. In *Augmentative and Alternative Communication*, 5(2). 137-144. DOI: 10.1080/07434618912331275126

Light, J. & McNaughton, D. (2014). Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication : A new definition for a new era of communication? in. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1). 1-18. DOI: 10.3109/07434618.2014.885080

Luyster, R.J., Kadlec, M.B., Carter, A. & Tager-Flusberg, H. (2008). Language assessment and development in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38. 1426-1438. DOI 10.1007/s10803-007-0510-1

Martin, G.L., Thorsteinsson, J.R., Yu, C.T., Martin, T.L. & Vause, T. (2008). The Assessment of Basic Learning Abilities Test for Predicting Learning of Persons With Intellectual Disabilities : A Review. In *Behavior Modification*, 32(2). 228-247. DOI:10.1177/0145445507309022

McNaughton, D. & Light, J. (2013). The iPad and mobile technology revolution : Benefits and challenges for individuals who require augmentative and alternative communication. In *Augmentative and Alternative Communication*, 29(2). 107-116. DOI:10.3109/07434618.2013.784930

Mirenda, P. & Iacono, T. (2009). *Autism spectrum disorders and AAC*. Baltimore : Paul H. Brookes.

Monfort, M. (2005). Troubles pragmatiques chez l'enfant : nosologie et principes d'intervention. In *Rééducation orthophonique*, 221. 85-101.

Mottron, L. (2006). *L'autisme, une autre intelligence*. Bruxelles : Mardaga.

Organisation des Nations Unies (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées. Repéré à <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2001). Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Perrier, M.-J. (2004). La déficience intellectuelle. et Les troubles envahissants du développement. In CSCOE, *Communiquer autrement : Guide de suppléance à la communication orale* (pp. 100-104). Repéré à <http://recit.qc.ca/cscoe/>

Pry, R. & Stahl, L. (2004). L'attention chez l'enfant autiste : aspects développementaux et neuropsychologiques. In Aussilloux, C., Baghdadli, A. & Brun, V., *Autisme et communication* (pp. 20-27). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Rogé, B. (2015). *Autisme, comprendre et agir : santé, éducation, insertion* (3ème éd). Paris : Dunod.

Romski, M.-A. & Sevcik, R.A (2005). Augmentative communication and early intervention : Mythes and realities. In *Infants & Young Children*, 18 (3). pp. 174–185. Repéré à https://depts.washington.edu/isei/iyc/romski_18_3.pdf

Schalick, W.O., Westbrook, C. & Young, B. (2012). *Communication with individuals with intellectual disabilities and psychiatric disabilities : A summary of the literature*. Michigan Retirement Research Center. Repéré à <http://www.mrrc.isr.umich.edu/publications/papers/pdf/wp264.pdf>

Schmitz, C. (2015, novembre). Particularités de la motricité chez l'enfant avec TSA et leur lien avec leurs difficultés d'interaction sociale. Communication présentée au Centre de Ressources Autisme. Les troubles de la motricité chez l'enfant avec Troubles du Spectre de l'Autisme, Lyon. Repéré à <http://www.cra-rhone-alpes.org/spip.php?article5306>

Snell, M. (2002). Using dynamic assessment with learners who communicate nonsymbolically. In *Augmentative and Alternative Communication*, 18. 163-176.

Snell, M.E. & Loncke, F. (2002). A manual for Dynamic Assessment of Nonsymbolic Communication. University of Virginia, Charlottesville. Repéré à <http://people.virginia.edu/~mes5l/manual9-02.pdf>

Thunberg, G. (2011). Augmentative and alternative communication intervention for children with autism spectrum disorders. In *Autism Spectrum Disorders – From Genes to Environment*. 329-348. Repéré à <http://cdn.intechweb.org/pdfs/19211.pdf>

Trembath, D., Iacono, T., Lyon, K., West, D. & Johnson, H. (2014). Augmentative and alternative communication supports for adults with autism spectrum disorders. In *Autism*, 18(8). 891-902.

Vézina, M., Samson-Morasse, C., Gauthier-Desgagné J., Sylvestre, A. & Fossard, M. (2011). Développement de la version québécoise francophone du Children's Communication Checklist – 2 (CCC-2) : Traduction, adaptation et équivalence conceptuelle. In *Revue Canadienne d'Orthophonie et d'Audiologie*, 35 (3), 244-253.

Vézina, M., Sylvestre, A. & Fossard, M. (2013). Développement de la version québécoise francophone du Children's Communication Checklist-2 (CCC-2) : Normalisation et équivalence métrique. In *Canadian journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 37(2). 156-168.

Walker, V.L. & Snell, M.E. (2013). Effects of augmentative and alternative communication on challenging behavior: A meta-analysis. In *Augmentative and Alternative Communication*, 29(2). 117-131. DOI: 10.3109/07434618.2013.785020.

Wegner, J.R. (2012). AAC strategies: manual signs, picture communication, and speech-generating devices. In *Treatment of Autism Spectrum Disorders*. 27-48.

Wendt, O. (2009). Research on the use of manual signs and graphic symbols in autism spectrum disorders: A systematic review. In *Autism Spectrum Disorders and AAC*. 83-118.

Wetherby, A.M. (2006). Understanding and measuring social communication in children with autism spectrum disorders. In Charman, T. & Stone, W., *Social & Communication development in autism spectrum disorders : Early identification, diagnosis & intervention* (pp. 3-34). New York : The Guilford Press.

Wilkinson, K.M., & Hennig, S. (2007). The state of research and practice in augmentative and alternative communication for children with developmental/intellectual disabilities. In *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(1), 58-69. Repéré à http://www.researchgate.net/publication/6480618_The_state_of_research_and_practice_in_augmentative_and_alternative_communication_for_children_with_developmentalintellectual_disabilities

ANNEXES

Annexe I : Cadres conceptuels d'évaluation

1. Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

La CIF a été adoptée en 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et constitue le modèle principalement utilisé en France. Elle s'attache à intégrer les deux types d'approche individuelle et sociale pour concevoir le handicap comme le résultat d'un processus où interagissent les fonctions organiques et les structures anatomiques, les activités de la vie quotidienne et la participation sociale, les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. Cette classification veut permettre de décrire «les déficiences, les limitations d'activité, les restrictions de participation, les obstacles ou les facilitateurs environnementaux observés» (OMS, 2001).

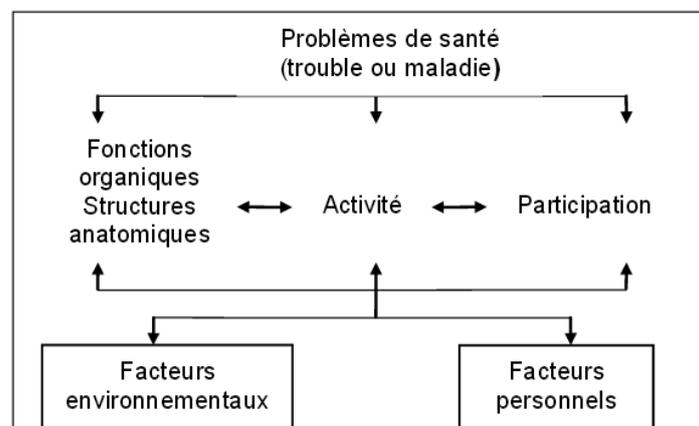


Figure 6 : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé [CIF] (OMS, 2001)

Envisager une évaluation dans le cadre de ce modèle implique de prendre en compte tous ces facteurs, qui influencent le handicap. Des outils devront donc être adaptés pour évaluer chacun de ces aspects.

2. Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap

Dans le même esprit que la CIF, le modèle québécois de développement humain du processus de production du handicap ou MDH-PPH 2 (Fougeyrollas, 1998, 2010) montre que la réalisation des habitudes de vie découle de l'interaction des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. Ainsi, la participation sociale de la personne se trouve renforcée en fonction de la mobilisation de ses aptitudes, de la compensation de ses incapacités et de la réduction des obstacles que comprend son environnement.

Il en ressort donc le bénéfice d'évaluer non seulement les incapacités et les aptitudes de la personne mais aussi les facilitateurs et obstacles intrinsèques à son environnement afin de contourner les obstacles en mobilisant et développant les ressources présentes. Cette préoccupation devrait être présente dans l'esprit des orthophonistes, en particulier lors de l'évaluation (Beukelman et Mirenda, 2013).

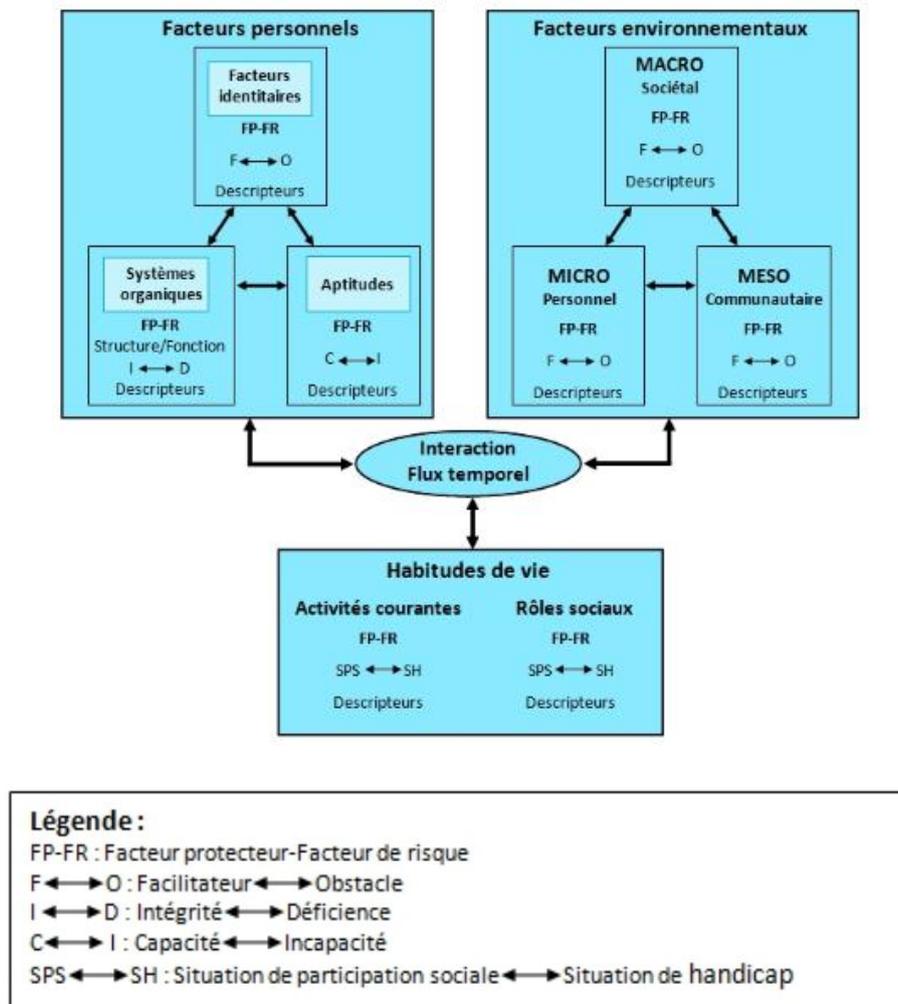


Figure 7 : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap [MDH-PPH] (Fougeyrollas, 1998, 2010)

3. Modèle de Participation (Participation Model)

Le « modèle de participation » (Participation Model) décrit par Rosenberg et Beukelman (1987) puis par Beukelman et Mirenda (1988, 2005, 2013), a été adopté en 2004 par l’American Speech-language and Hearing Association (ASHA) comme cadre conceptuel pour l’évaluation et l’intervention en CAA.

Basé sur les besoins de participation fonctionnelle, ce modèle invite à documenter les besoins de communication de l’individu afin de déterminer le nombre de ces besoins actuellement comblés avec les moyens de communication actuels. Au-delà des incapacités et des déficits, il permet de relever les restrictions de participation (Mirenda, 2009). Il s’agit ensuite de satisfaire les besoins de communication non comblés, au moyen d’interventions systématiques de CAA à mettre en place pour la situation présente, tout en se projetant dans le futur.

4. Modèle de la compétence langagière (Bloom & Lahey, 1978)

En ce qui concerne la formalisation de l'évaluation orthophonique, le modèle de la compétence langagière de Bloom et Lahey (1978) s'est imposé en France comme une référence. Dépassant le modèle linguistique structuraliste qui évalue les aspects formels de la parole et les modèles psycholinguistiques s'intéressant au développement du langage notamment dans ses aspects pragmatiques, ce modèle évalue à la fois la forme, le contenu et l'utilisation du langage (aspects pragmatiques) pour rendre compte de la compétence langagière.

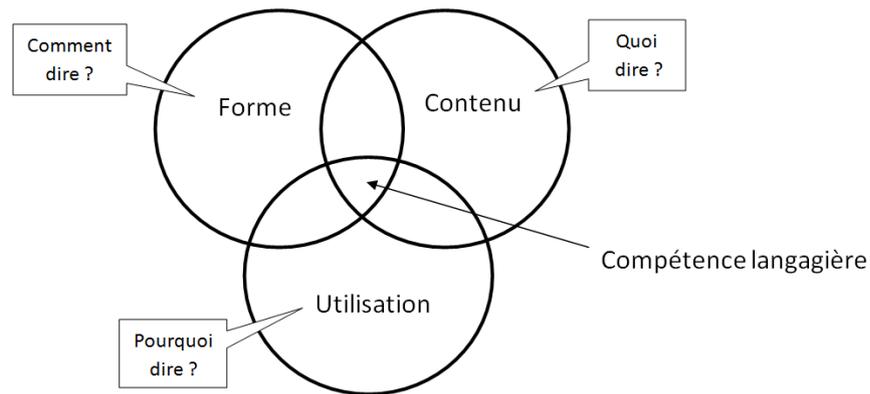


Figure 8 : Modèle de la compétence langagière (Bloom & Lahey, 1978)

Cette conception de l'évaluation orthophonique a son intérêt dans l'évaluation de la communication chez l'enfant autiste puisqu'elle en offre une vision globale, aux niveaux verbal et non verbal. La démarche thérapeutique entreprise devra tenir compte de ces trois aspects de la compétence langagière afin de développer un mode de communication fonctionnel (Courtois-du-Passage et Galloux, 2004).

Annexe II : Différents types de dispositifs de CAA

❖ Dispositifs « non assistés »

Ils ne nécessitent aucun équipement extérieur au corps et n'impliquent l'utilisation d'aucun support matériel.

Il s'agit par exemple de la langue des signes française et de répertoires de signes comme :

- Coghamo (Communication gestuelle pour personnes atteintes d'un handicap moteur, Tytgat),
- Mains Animées (CSCOE : Comité en Suppléance à la Communication Orale et Ecrite),
- Sésame (La Clairière),
- Makaton (Walker, 1980).

Ce sont des outils de démarrage de la communication, dont la spontanéité est l'un des atouts (Wegner, 2012), même si ceci est relatif en fonction du degré de spontanéité de la communication (Howlin, 2006). Les signes sont plus simples à acquérir que la parole, moins transitoires que les mots et moins abstraits (Howlin, 2006). Ils visent une communication totale, favorisent l'accès à la parole et la production de mots, et permettent de stimuler la rééducation motrice pour ainsi investir son corps de manière positive. En effet, pour les personnes avec des incapacités motrices, il est plus simple de reproduire des signes que d'imiter des mots (Wendt, 2009), même si ce moyen de communication trouvera ses limites d'utilisation dans l'imitation, l'iconicité et l'intelligibilité requises (Mirenda, 2009). Par ailleurs, les signes peuvent permettre aux partenaires de communication de comprendre rapidement et facilement le message, dès lors qu'ils sont formés à leur utilisation (Wegner, 2012).

❖ Dispositifs avec aide technologique ou « assistés »

➤ Dispositifs de basse technologie

De nombreuses banques de pictogrammes ont été développées, parmi lesquelles :

- les pictogrammes Arasaac (Centre Aragonais de Technologies pour l'Education),
- les symboles Bliss,
- Parlerpictos (CSCOE),
- les Mains Animées (CSCOE),
- les symboles PECS (Picture Exchange Communication System),
- Makaton (Walker, 1980),
- PictoFrance (APEI du Valenciennois),
- Sclera (Sclera asbl),
- Picture Communication Symbol (PCS) (Long),
- Pictelia,
- Symbolstix,
- etc.

Des systèmes de communication graphique tels que des cahiers, classeurs ou tableaux de communication sont alors créés à partir de pictogrammes et sont organisés selon les catégories grammaticales, les catégories de vocabulaire (personnes, lieux...) ou les activités

(repas, toilette...). Parmi ces systèmes se trouve le dispositif dynamique à organisation pragmatique (PODD) (Porter et Cafiero, 2009), dont l'organisation est la plus logique pour correspondre à l'échange et le favoriser selon Wegner (2012).

D'autre part, le système de communication par échange d'images (PECS) est une méthode développée par Bondy et Frost (1985, 2002) dans le but d'apprendre aux personnes avec TSA à effectuer des demandes dirigées vers l'interlocuteur en initiant la communication et en adressant le pictogramme approprié. Cette approche, très répandue dans les thérapies pour personnes avec TSA, demande peu de compétences motrices et d'imitation gestuelle. Elle veut réduire les troubles du comportement, favoriser la parole et augmenter l'interaction sociale ; elle permet également aux partenaires de communication de mieux interpréter les messages (Bondy et Frost, 2009).

Le programme Makaton a été créé par Walker (1974) et combine l'emploi de différents modes (expressions faciales, parole avec signes et/ou pictogrammes) pour favoriser une représentation visuelle du langage. Il comporte un vocabulaire de base de 450 mots, suivant une progression sur huit niveaux. Dès le premier niveau, les concepts peuvent être combinés en phrases simples ; le Makaton veut ainsi soutenir le développement de la syntaxe et du langage écrit.

Le langage écrit peut également constituer un système de communication. Il est basé sur des symboles orthographiques et des connaissances syntaxiques, de complexité variable : lettres, syllabes, mots et phrases. Il s'agit par exemple du Par-lé-si-lab, qui emploie l'écriture phonétique des mots et ne nécessite pas de connaissances orthographiques au-delà d'une maîtrise des correspondances phono-graphémiques. Ecrire et Write (Goodenough) est un autre dispositif employant le langage écrit. Le trouble moteur peut constituer un obstacle à l'emploi de ce moyen de communication et la production manuscrite est parfois impossible. L'utilisation de tableau, de claviers spéciaux et d'ordinateurs peut alors permettre de contourner ce problème.

➤ Dispositifs de haute technologie

Au niveau des générateurs de parole, la voix digitale (digitized speech) est la sortie d'un message vocal pré-enregistré, tandis que la synthèse vocale (synthesized speech) est la conversion d'un texte à la parole par la machine. Ces dispositifs offrent une intelligibilité proche de la parole naturelle et procurent un feedback (Schlosser, Sigafos et Koul, 2009).

Les logiciels de communication permettent de créer des tableaux de communication personnalisés à partir d'une entrée pictographique, alphabétique, phonétique, et proposent souvent d'autres fonctionnalités comme une synthèse vocale. Ces systèmes sont statiques (tout le contenu est disposé sur une seule page) ou dynamiques (chaque case peut renvoyer à une autre page). Ces logiciels sont tous payants sauf Plaphoons et sont commercialisés par différents fabricants : GoTalk Now, Mind Express, The Grid, Axelia, Tobii communicator, Boardmaker (avec les pictogrammes PCS), etc. Dans certains programmes, le vocabulaire est représenté à travers le système Minspeak, qui combine plusieurs pictogrammes pour chaque item ou concept. Ce système traduit une organisation du lexique en réseau.

Les bénéfices de ces dispositifs de haute technologie sont leur acceptation sociale et leur transportabilité ; ils permettent une émancipation des utilisateurs pour l'accès à ces moyens de communication, une facilité d'utilisation pour les personnes familières avec le numérique

et l'intégration de multiples fonctions comme la production vocale pour supporter l'interaction avec l'interlocuteur, l'expression écrite, l'accès et le partage d'informations avec internet, les liens sociaux à distance (McNaughton et Light, 2013).

Les principales limites de ces dispositifs résident dans leur coût, leur fragilité, le temps et l'investissement nécessaires à la programmation et à l'utilisation de ces dispositifs (McNaughton et Light, 2013). Enfin et surtout, leur utilisation doit être entièrement dédiée à la communication pour la personne qui doit bénéficier de la CAA, et les dispositifs numériques ne sauraient pas être partagés pour différentes utilisations au sein de la famille.

Cataix-Negre (2007) dresse un tableau récapitulatif des possibilités qu'offrent les différents types de dispositifs, auquel il peut être intéressant de se référer.

Annexe III : Tableau récapitulatif des outils d'évaluation disponibles pour l'évaluation préalable pour la CAA

Outils d'évaluation	Auteur, année	Population/ public	Objectif global	Type d'évaluation
ABLA (Assessment of Basic Learning Abilities)	Martin, Martin, Yu, Thomson, Boris & DeWiele (2014)	Personnes avec Dlou TSA	Evaluer le niveau de symbolisme	Evaluation directe
ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills - Revised)	Parlington (2006)	Enfants avec TSA ou autre trouble développemental	Dresser un profil langagier de l'enfant, identifier les compétences à développer	
ADI-R (Autism Diagnostic Interview - Revised)	Rutter et al. (1993), trad. de Rogé et al.		Dagnostic différentiel de TED	Entretien auprès du proche
CARS (Childhood Autism Rating Scale)	Schopler, Reichler et Daly (1988)	Personne avec TSA	Evaluer le degré d'autisme	
CCC (Children's Communication Checklist)	Trad. par Maillart (2009) d'après Bishop (1998)	Enfants présentant des troubles du langage	Objectiver la présence de troubles pragmatiques	Grille d'observation étalonnée
CHESSEP (Communication grand Handicap : Evaluer, Situer, S'adapter, Elaborer un Projet individualisé)	Crunelle et al. (2013, 2015)	Personnes en situation de handicap complexe, sans accès au langage oral ni à un code de communication élaboré	Mieux connaître la personne, établir un profil de communication pour lui donner des aides adaptées et élaborer un projet personnalisé	Questionnaire et outils fonctionnels, grille d'évaluation
CoGHaMo (Communication gestuelle pour personnes atteintes d'un handicap moteur)	Tytgat, Petitier, Wechseler, Masquelier (s.d.)	Principalement pour les personnes avec handicap moteur	Stimuler le langage oral ou le pallier par le geste	Evaluation directe
ComVoor	Verpoorten, Noens et Van Berckelaer-Onnes (2012)	Personnes avec TSA ou DI	Identifier le niveau de représentation symbolique pour adapter la proposition de CAA	Epreuve standardisée
Dialogoris	Antheunis, Ercolani-Berland et Roy (2006)	Enfant de 0 à 4 ans	Evaluer le développement des aptitudes de communication	Entretien avec parents
ECSP (Echelle d'évaluation de la Communication Sociale Précoce)	Guidetti et Tourrette (1993)	Enfants de 3 mois à 30 mois (jusqu'à ce que l'enfant produise des phrases de plusieurs mots)	Evaluer trois fonctions du développement socio-communicatif : interaction sociale, attention conjointe et régulation du comportement	Echelles avec items à évaluer dans situations d'interaction définies
EFI (Evaluation des compétences Fonctionnelles pour l'intervention))	Willaye et al. (2002 pour la version 2.0)	Adolescents et adultes avec DI importante et autisme sévère	Evaluer les compétences du quotidien pour l'intervention	Epreuve cotée: réussite/urgence/échec
EVALO 2-6 (EVALuation du Langage Oral 2-6 ans)	Coquet, Ferrand, Roustit (2009)	Enfants de 2 ans 3 mois à 6 ans 3 mois	Evaluer le développement du langage oral	Epreuves standardisées, observat°, questionnaire
EVALO-BB (EVALuation du Langage Oral - Bébé)	Coquet, Ferrand, Roustit (2010)	Enfants de moins de 36 mois ou enfant sans langage	Définir un profil de développement de l'enfant dans différentes dimensions : rapport aux autres, expression, compréhension, rapport aux objets	Méthodologie d'observation, questionnaire parental
Evaluation de la communication de la personne polyhandicapée	Crunelle (2009)	Personne de tout âge	Evaluer la communication de la personne en situation de polyhandicap	Questionnaire
Evaluation de l'enfant sans langage	Denni-Krichel (s.d.)	Enfant sans langage	Brosser un tableau des différents domaines de développement	Grille
Evaluation des capacités de communication verbale et non verbale de l'enfant sans langage oralisé	Debré (s.d.)	Enfants sans langage oral	Evaluer les capacités requises au développement de la communication et de la pragmatique de la communication	Grille observat° (oui/non) à partir d'une situation ludique semi-dirigée
Grille d'évaluation de la communication spontanée	Schuler (s.d.)	Enfants	Répertorier les moyens qu'utilise l'enfant pour communiquer	Questionnaire à remplir avec les parents

Grille d'évaluation dynamique de la communication non symbolique (d'après Dynamic Assessment of Nonsymbolic Communication (DANC))	Adapté par Courtois et Amadié, d'après Snell et Loncke (2002)	Enfants	Observer le système de communication actuel de l'enfant (com. non symbolique, gestes, mots, recours aux pictos, ou gestes conventionnels) et apprécier sa capacité à acquérir de nouveaux moyens de communiquer	Questionnaire rempli par les parents et l'équipe professionnelle de suivi
Grille de Wetherby et Prutting	Wetherby et Prutting (1984), dernière adapt. par Fernandes (1997)	Enfants avec TSA	Déterminer les fonctions de communication (en interaction ou non) qu'utilise l'enfant et les moyens employés	Grille à remplir à partir de situations filmées où l'adulte dirige + ou -
Grille More than Words (Centre Hanen)	Sussman (2e éd. 2012)	Enfants avec TSA	Observer les stades de communication de l'enfant	Echelle (toujours à jamais)
ICS (Echelle d'intelligibilité en Contexte, Intelligibility in Context Scale)	McLeod et al. (2012), traduit par McLeod	Enfants présentant un trouble de parole	Mesure subjective de l'intelligibilité de l'enfant selon différents interlocuteurs	Questionnaire
IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif)	Kern et Gayraud (2005)	Enfants de 18 à 30 mois	(niveau de langage précoce => vocabulaire dispositif CAA)	Questionnaire adressé aux proches (ou aux professionnels)
Matrice de communication (issue du Communication Matrix)	Trad. et adapt. par Grenaud et Paccolat (2004), d'après Rowland	Pour des personnes aux premiers stades de développement de la communication	Description de 4 fonctions de communication et des comportements communicatifs de la personne	Questionnaire
Mesure de la qualité de l'environnement	Fougeyrollas, Noreau, St-Michel, Boschen (2008, dernière édition)	Tout âge	Evaluer l'influence de l'environnement sur la réalisation des activités courantes d'une personne en relation avec ses capacités et ses limites	Questionnaire
Mesure des habitudes de vie (M-HAVE)	Fougeyrollas, Noreau et al. (2004, 2014)	Trois tranches d'âge : 0-4 ; 5-13 ; adultes	Etablir un profil de participation sociale ; identifier situations de vie problématiques pour orienter	Questionnaire
Profil pragmatique des compétences de communication quotidienne chez l'enfant	Traduit par Giralt, d'après Dew art et Summers (1995)	Enfants, ayant des difficultés pour communiquer ou non	Renseigner la communication de l'enfant dans son environnement habituel (fonctions et formes de communication)	Entretien dirigé
PTP (Profil des troubles pragmatiques)	Monfort, Juárez et Monfort (2005)	Enfants et ados avec TSA ou Troubles Pragmatiques du Langage	Représenter visuellement les déficits et leur évolution dans les différents stades du développement	Grille
Réseaux sociaux (social networks)	Blackstone et Hunt Berg (2003)	Personne avec besoins complexes en matière de communication	Identifier les partenaires de communication selon leur cercle et déterminer le mode de communication de la personne pour chaque cercle	Questionnaire rempli par la personne + partenaires de communication
Reynell	Reynell et Gruber (1990)	Enfants de 12 mois à 5 ans ou présentant un retard de développement du langage	Obtenir un âge de développement de l'enfant en compréhension verbale	Epreuve standardisée (âge de développement en fonction du score)
Rossetti Infant-toddler language Scale	Rossetti (1990)	Enfant de 0 à 36 mois	Echelle de développement de la communication et des interactions	
S.O.S. Com (Situations d'Observation Structurées de la Communication)	Bourque (2002) (ERS-DI-TED de Montréal)	Enfants peu ou pas verbaux avec TED	Dresser un profil de communication de l'enfant et dégager des pistes d'intervention	Grilles + questionnaires à remplir d'après des situations structurées d'observation
VB-MA PP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program)	Sundberg (2008)	Personne présentant des troubles du langage	Evaluation des compétences dans différents domaines, les obstacles à ces dévpts, et les possibilités d'orientation (selon approche ABA)	Evaluation directe + questions aux parents et pros côtoyant l'enfant
Vineland (Echelle d'évaluation du comportement adaptatif)	Sparrow et al. (1984) trad. fr de Fombonne, Achard, Tuffreau (1995)	Tout venant, enfant et adulte	Evaluer le comportement adaptatif dans les domaines de la socialisation, de la communication, et de l'autonomie de la vie quotidienne et de la motricité	Echelle, entretien semi-structuré, étalonné auprès d'une population tout-venante

	COMUNICATION	Précursurs à la communication	Mise en place du regard	Poursuite visuelle	Attention conjointe	Attention et orientation aux bruits environnants	Mimes et gestes à visée communicative	Pointage	Echange et tour de rôle	Réaction au prénom	Imitation	Elan à l'interaction	Communication non symbolique	gestes moteurs présymboliques	vocalisations	comportement,	reproduction de routines	langage stéréotypé, écholalie...	Pragmatique	fonctions de communication	compréhension de l'intention de communication	sensibilité à la prosodie	régie de l'échange	communication non verbale (mimiques, expressions faciales...)	regard	postures
COC																										
CHESSEP																										
Dialogoris																										
ECSP																										
EVALO 2-6																										
EVALO-BB																										
Eval comm de la pers polyhand																										
Evaluation de l'enfant sans langage																										
Evaluation comm verbale/n/vbale																										
Grille éval comm spontanée																										
Grille d'évaluation d'après DANC																										
Grille de Wetherby et Prutting																										
Grille More than Words																										
ICS																										
IFDC																										
Matrice de communication																										
Profil pragmat ds comm quotidienne																										
PTP																										
Réseaux sociaux (social netw orks)																										
Reynell																										
Grille de Rossetti																										
SOS Communication																										
VB-MA PP																										
Vineland																										

Annexe IV : Questionnaire envoyé aux orthophonistes

Quelle évaluation pour la mise en place d'un dispositif de Communication Alternative et Améliorée ?

Nous sommes Maud Souchard et Véronique Pupier et étudions en quatrième année d'orthophonie à l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (ISTR) de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Notre mémoire de fin d'études s'inscrit dans un projet de recherche mené par deux orthophonistes, Albane PLATEAU et Emmanuelle PRUDHON, qui porte sur l'évaluation et l'adaptation d'une Communication Alternative et Améliorée (CAA) pour les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou une déficience intellectuelle (DI). Leur projet cherche à répondre au manque d'outils permettant le choix d'un dispositif de CAA le plus adapté.

Notre travail va donc consister en une étude de terrain pour cerner les pratiques et besoins des orthophonistes en matière d'évaluation en vue de la mise en place et l'adaptation d'un dispositif de CAA pour des personnes avec TSA et/ou DI. Nous souhaitons recueillir via ce questionnaire vos avis cliniques quant aux éléments pertinents à considérer dans l'évaluation. Vos réponses à ce questionnaire et nos recherches théoriques constitueront une base à l'élaboration d'un outil clinique d'évaluation qui veut permettre une vue d'ensemble pour la mise en place du dispositif de CAA.

Remplir ce questionnaire vous prendra environ 15 minutes. Merci d'avance pour l'aide que vous apporterez à notre recherche !

Importance de la CAA dans votre pratique (1/3)

“La communication alternative et améliorée (CAA) recouvre tous les moyens humains et matériels permettant de communiquer autrement ou mieux qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés ou absents. Elle vient compenser ou remplacer un manque ou une grande déficience de parole, un défaut de langage impactant la communication, pour la faciliter sous ses deux versants expressif et réceptif.

La CAA inclut des systèmes sans aides techniques tels que le signe et le geste, ou avec aides techniques comme les tableaux d'objets, d'images ou de lettres, ou l'informatique la plus sophistiquée actuellement disponible.” (d'après ISAAC-francophone : section de l'*International Society for Augmentative and Alternative Communication*).

Par “personne avec besoins complexes en matière de communication”, nous désignerons la personne avec trouble du spectre de l'autisme et/ou déficience intellectuelle, pour qui est mis en place un dispositif de CAA.

1.1.1. Êtes-vous orthophoniste / logopède / logopédiste ?*

- oui
- non

1.1.2. Où exercez-vous ?*

- En France
- En Belgique
- En Suisse
- Au Québec
- Autre :

1.2. Quel est votre degré de familiarité avec les dispositifs de Communication Alternative et Améliorée (CAA) ?*

- Jamais entendu parler
- Je connais mais ne pratique pas.
- Ça m'intéresse : je débute ou j'en ai l'intention.
- Je pratique un peu (en ayant ou non fait des formations)
- Je pratique beaucoup (en ayant ou non fait des formations)

1.3. Après de quelle(s) population(s) les utilisez-vous ?*

- Enfant (<12 ans)
- Adolescent (12-20 ans)
- Adulte (>20 ans)
- Ne s'applique pas

1.4. Pouvez-vous indiquer la/les pathologie(s) du/des patient(s), le nombre approximatif de personnes concernées que vous suivez actuellement en rééducation ?*

Le cas échéant, mentionnez "ne s'applique pas".

1.5.1 Quel est votre lieu d'exercice ?*

- Secteur médico-social
- Secteur hospitalier
- Libéral
- Autre :

1.5.2. Pouvez-vous préciser dans quel cadre évolue(nt) votre(vos) patient(s) au quotidien ?*

- domicile,
- institution,
- école,
- travail
- Autre :

1.6.1. Comment se sont développées vos connaissances dans le domaine des CAA ?*

- formation initiale (études en orthophonie)
- formation professionnelle continue (Makaton, PECS ...)
- réseau autour des CAA ou d'une pathologie (ISAAC, CSCOE, Centre de Communication Concrète, syndrome d'Angelman ...)
- expérience professionnelle
- Autre :

1.6.2. Si vous avez suivi une ou plusieurs formations, pouvez-vous préciser laquelle/lesquelles ?

1.6.3. Pour chacune de ces formations, pouvez-vous citer trois mots-clés de ce que vous en avez retenu ?

1.7.1. Nommez le(s) dispositifs de CAA que vous mettez en place habituellement. *

1.7.2. Quel(s) dispositif(s) de CAA mettez-vous en place le plus souvent ?*

- signes et gestes
- pictogrammes
- tableaux ou classeurs de communication
- écrit seulement
- dispositifs basse technologie / low-tech (appareil avec sortie vocale simple)
- dispositifs haute-technologie / high-tech (synthèse vocale, tablette, logiciel support de code ...)
- Ne s'applique pas
- Autre :

1.7.3. Dans la mise en place de quel(s) dispositif(s) de CAA vous sentez-vous compétent(e) ?*

Evaluation pour la mise en place d'un dispositif de CAA (2/3)

Vos pratiques actuelles : généralités sur l'évaluation

2.1 Quel est le motif de l'évaluation en vue de la mise en place d'un dispositif de CAA ? *

Possibilité de cocher plusieurs cases.

- demande de la personne concernée
- demande des parents/de l'entourage
- demande des autres professionnels
- décision de l'orthophoniste
- Ne s'applique pas
- Autre :

2.2 De la façon dont vous procédez actuellement, qui participe à l'évaluation et décide du choix du dispositif de CAA ? *

Possibilité de cocher plusieurs cases.

- la personne avec besoins complexes en matière de communication
- les parents
- d'autres membres de l'entourage proche
- l'orthophoniste
- équipe pluridisciplinaire
- d'autres intervenants
- Autre :

Qui compose l'équipe pluridisciplinaire ? Nommez les professionnels qui en font partie.

Vos pratiques actuelles : quels critères considérez-vous pour l'évaluation ?

Pour chaque domaine, nous vous demandons de cocher ce que vous évaluez dans votre pratique actuelle.

Puis, pour chaque critère coché, nous vous demandons de préciser quel(s) outil(s) vous utilisez pour l'évaluer. Cela peut être :

- test(s) standardisé(s)*,
- recueil des facteurs personnels et environnementaux
- observation en milieu naturel avec ou sans grille**
- observation lors des séances d'orthophonie avec ou sans grille**
- rapports des autres professionnels
- entretiens avec les parents/proches
- autre.

*Si vous utilisez un test ou bilan particulier, pouvez-vous nous indiquer duquel ou desquels il s'agit ?
ex : EVALO BB, COMVOOR, épreuves "maison" (et ce qu'elles cherchent à évaluer), ...

**Si vous utilisez une grille pour vos observations, pouvez-vous nous préciser de laquelle ou desquelles il s'agit (et ce qu'elles cherchent à observer) ?

2.3.a. Cochez ce que vous évaluez actuellement [Caractéristiques de la personne]*

- âge
- diagnostic
- habiletés motrices,
- habiletés sensorielles (vue, ouïe ...)
- habiletés exécutives (attention, mémoire ...)
- capacités cognitives
- niveau de symbolisme (présentation en contexte, représentation)
- Domaine non évalué
- Autre :

2.3.b. Comment évaluez-vous chaque élément coché ? Quel(s) outil(s) utilisez-vous ?*

Le cas échéant, mentionnez « ne s'applique pas ».

2.4.a. Cochez ce que vous évaluez actuellement [Compétences communicationnelles et langagières]* :

- langage : niveau de compréhension, expression, intelligibilité
- compétences sociales (contact visuel, attention conjointe, pointage, imitation ...)
- communication non symbolique (gestes moteurs présymboliques, vocalisations, comportement, reproduction de routines, écholalie ...)
- littératie
- outils et aménagements déjà mis en place
- Domaine non évalué
- Autre :

2.4.b. Comment évaluez-vous chaque élément coché ? Quel(s) outil(s) utilisez-vous ?*

Le cas échéant, mentionnez « ne s'applique pas ».

2.5.a. Cochez ce que vous évaluez actuellement [Participation sociale et autonomie]* :

- participation sociale et situations de handicap
- activités quotidiennes de la personne
- loisirs et intérêts de la personne
- besoins de la personne en matière de communication
- Domaine non évalué
- Autre :

2.5.b Comment évaluez-vous chaque élément coché ? Quel(s) outil(s) utilisez-vous ?*

Le cas échéant, mentionnez « ne s'applique pas ».

2.6.a. Cochez ce que vous évaluez actuellement [Partenaires de communication] :

- identification des partenaires de communication
- nature des échanges avec les partenaires de communication
- disponibilité des proches et disposition à se former pour utiliser le dispositif de CAA
- attentes et besoins des partenaires de communication
- Domaine non évalué
- Autre :

2.6.b. Comment évaluez-vous chaque élément coché ? Quel(s) outil(s) utilisez-vous ?*

Le cas échéant, mentionnez « ne s'applique pas ».

2.7. Comment faites-vous la synthèse de toutes les informations recueillies ?*

Choix du dispositif de CAA et évaluation de l'efficacité de sa mise en place (3/3)

Vos attentes, besoins, suggestions ...

3.1. Vous sentez-vous bien outillé(e) pour parvenir au choix du dispositif de CAA qui sera le plus adapté à la personne ?*

- oui
- non

Si non, pourquoi ?

3.2. Les dispositifs de CAA que vous avez mis en place avec des personnes présentant TSA et/ou DI ont-ils tous fonctionné ?*

- oui
- non

Si non, pourquoi cela n'aurait pas fonctionné ? Est-ce que certains critères n'auraient pas été pris en compte dans l'évaluation ? Lesquels ?*

- âge de la personne
- diagnostic
- habiletés motrices
- habiletés sensorielles (vue, ouïe ...)
- habiletés exécutives (attention, mémoire ...)
- capacités cognitives
- niveau de symbolisme (présentation en contexte, représentation)
- langage : niveau de compréhension, expression, intelligibilité
- compétences socles (contact visuel, attention conjointe, pointage, imitation ...)
- communication non symbolique (gestes moteurs présymboliques, vocalisations, comportement, reproduction de routines, écholalie ...)
- littératie
- participation sociale et situations de handicap
- activités quotidiennes de la personne
- loisirs et intérêts de la personne
- besoins de la personne en matière de communication
- identification des partenaires de communication
- nature des échanges avec les partenaires de communication
- disponibilité des proches et disposition à se former pour utiliser le dispositif de CAA
- attentes et besoins des partenaires de communication
- outils et aménagements déjà mis en place
- Aucune de ces propositions
- Autre :

Vous pouvez compléter votre réponse si vous le souhaitez. (Y a-t-il une autre raison pour laquelle la mise en place du dispositif de CAA aurait échoué ?)

3.3. A quoi voyez-vous que le dispositif de CAA choisi est efficace et adapté?*

Veillez cocher les trois critères qui vous paraissent les plus importants.

- augmentation significative des échanges
- augmentation de la compréhension de la part de la personne avec besoins complexes en matière de communication
- échanges davantage initiés par la personne avec besoins complexes en matière de communication
- meilleure intelligibilité
- lien renforcé avec les partenaires de communication
- réduction du handicap
- meilleure autonomie
- augmentation de la participation sociale
- diminution des troubles du comportement
- Ne s'applique pas

3.4. Voyez-vous d'autres signes permettant d'apprécier l'efficacité du dispositif de CAA mis en place ? Au bout de combien de temps ? Avez-vous d'autres remarques ?

3.5. Qu'attendez-vous d'un guide d'évaluation pour le choix d'un dispositif de CAA ?*

Projet de mémoire et contact

Vous venez de terminer de remplir le questionnaire et nous vous remercions du temps que vous nous avez accordé. Cela nous permettra d'avoir une meilleure connaissance de la réalité clinique en vue d'élaborer un outil fonctionnel à destination des orthophonistes permettant le choix d'un dispositif de CAA le plus adapté pour les personnes avec TSA et/ou DI.

Tous les résultats seront anonymisés et serviront seulement à appréhender de façon globale les pratiques orthophoniques en matière de CAA. N'hésitez pas à nous solliciter pour toute question, demande d'information ou remarque : msouchard.vpupier.ortho@gmail.com

Par ailleurs, si vous souhaitez être informé(e) de l'évolution du projet, merci de nous laisser vos coordonnées dans le champ ci-dessous.

Merci !

Maud SOUCHARD et Véronique PUPIER

Coordonnées

Nom :

Adresse courriel :

Votre réponse a bien été enregistrée. Merci beaucoup pour votre participation !

Pour toute question ou commentaire, vous pouvez nous contacter à l'adresse msouchard.vpupier.ortho@gmail.com

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Indicateurs d'efficacité selon les orthophonistes (en %).....	54
Figure 2 : Critères d'évaluation selon leur importance dans la pratique des orthophonistes (en %)	55
Figure 3 : Causes d'échec citées par les orthophonistes (en %)	56
Figure 4 : Degré de familiarité des orthophonistes avec les CAA (en %).....	63
Figure 5 : Moyen de développement des compétences des orthophonistes dans le domaine des CAA (en %)	64
Figure 6 : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé [CIF] (OMS, 2001)	87
Figure 7 : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap [MDH-PPH] (Fougeyrollas, 1998, 2010)	88
Figure 8 : Modèle de la compétence langagière (Bloom & Lahey, 1978).....	89

PUPIER Véronique
SOUCHARD Maud

QUELLE EVALUATION ORTHOPHONIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AMELIOREE POUR LES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME ET/OU UNE DEFICIENCE INTELLECTUELLE ?

109 Pages

Mémoire d'orthophonie – UCBL- ISTR – Lyon 2016

RESUME

Les personnes présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et/ou une Déficience Intellectuelle (DI) ont des besoins spécifiques de communication dus à leurs caractéristiques particulières de fonctionnement. La Communication Alternative et Améliorée (CAA) se veut une réponse à leurs difficultés pour qu'ils développent leur participation sociale. Cependant, la mise en place d'un dispositif de CAA est un processus complexe qui revient à l'orthophoniste. Cela suppose d'évaluer un ensemble de critères inhérents à la personne et à l'environnement dans lequel elle évolue, au moyen d'outils d'évaluation spécifiques. La synthèse de ces critères conduirait ensuite au choix d'un dispositif adapté, dont on peut prédire qu'il sera efficace.

Nous avons donc souhaité réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques en matière d'évaluation préalable pour la mise en place d'un dispositif de CAA. Nous avons pour cela diffusé un questionnaire auquel 94 orthophonistes francophones (français, suisses, québécois et belges) ont répondu. Nous supposons que certains critères inhérents à la personne TSA et/ou DI et à son environnement seraient spécifiquement à évaluer, au moyen d'outils d'évaluation adéquats, pour optimiser l'efficacité de ce dispositif à mettre en place.

Après analyse des données du questionnaire, aucun critère d'évaluation n'est ressorti comme étant spécifiquement à prendre en compte. En revanche, les orthophonistes ont témoigné d'un manque d'outils d'évaluation, auquel nous avons voulu répondre en leur proposant un tableau répertoriant les outils d'évaluation à mobiliser selon les critères qu'ils évaluent.

Par ailleurs, nous avons relevé l'importance de l'accompagnement des partenaires pour la mise en place du dispositif afin de viser la généralisation du dispositif aux différentes sphères de vie de la personne. L'orthophoniste peut notamment proposer aux partenaires une éducation thérapeutique pour qu'ils investissent et utilisent le dispositif de leur proche dans des situations de communication, en lui présentant un modèle qu'il pourra s'approprier.

MOTS-CLES

communication alternative et améliorée ; troubles du spectre de l'autisme ; déficience intellectuelle ; évaluation ; critères d'évaluation ; outils d'évaluation ; partenaires de communication ; communication fonctionnelle

MEMBRES DU JURY

GALLIFET Natacha
BONGIOVANNI Vanessa
THEROND Béatrice

MAITRES DE MEMOIRE

PLATEAU Albane
PRUDHON Emmanuelle

DATE DE SOUTENANCE

30 Juin 2016
