



HAL
open science

Élaboration d'un outil d'évaluation permettant d'orienter précocement le diagnostic différentiel: TSA – Dysphasie – Retard de langage

Emily Benchimol

► **To cite this version:**

Emily Benchimol. Élaboration d'un outil d'évaluation permettant d'orienter précocement le diagnostic différentiel: TSA – Dysphasie – Retard de langage. Sciences cognitives. 2015. dumas-01237027

HAL Id: dumas-01237027

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237027>

Submitted on 2 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

BENCHIMOL Emily

Née le 22/09/1992

Sous la direction d'Elisabeth Longère

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

**Elaboration d'un outil d'évaluation permettant
d'orienter précocement le diagnostic différentiel :
TSA – Dysphasie – Retard de langage**

Université de Bordeaux – Département d'Orthophonie

Année Universitaire 2014-2015

BENCHIMOL Emily

Née le 22/09/1992

Sous la direction d'Elisabeth Longère

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

**Elaboration d'un outil d'évaluation permettant
d'orienter précocement le diagnostic différentiel :
TSA – Dysphasie – Retard de langage**

Université de Bordeaux – Département d'Orthophonie

Année Universitaire 2014-2015

Remerciements

Alors que prend fin ma vie d'étudiante, je souhaiterais adresser mes remerciements à tous ceux sans qui tout cela n'aurait pas eu la même saveur :

A Elisabeth Longère, pour son accompagnement tout au long de ce projet, pour la confiance qu'elle m'a accordée, pour ses conseils avisés et sa disponibilité. Merci pour sa réactivité et pour la richesse de nos débats. Et, pour tout ce qu'elle nous a inculqué et inspiré durant ces quatre années, un immense merci.

A Laure Tressens, pour sa relecture attentive et pertinente et pour le temps qu'elle y a consacré.

A Anne-Céline Asselin, Jacques Roustit et Perrine Pilliard, pour leur présence au sein de mon jury de soutenance.

A Anaïs, Anne B, Anne M, Anne T, Aurélie, Aurélien, Céline, Delphine E, Delphine L, Eléonore, Elsa, Emilie, Eve, Florence M, Florence R, Frédérique, Isabelle, Karine, Laurène, Laurianne, Lise, Louise, Marina, Marion, Nadia, Oriane, Sarah, Solène, Valentin, Valérie, Zoé, pour avoir accepté de tester mon outil, pour leur réactivité et leurs réponses, pour leurs conseils et leurs encouragements. Et à leurs petits patients.

A Delphine Hamel, pour son importante implication cette année, pour ses idées et ses projets, pour sa vision de l'enseignement.

A Gaëlle Benichou, pour tout le temps qu'elle a consacré au Département, pour son soutien aux étudiants et son aide précieuse à l'organisation des relectures et des soutenances.

A René Dauman, pour les projets menés en collaboration au fil de ces quatre années et pour sa confiance aux étudiants.

A Anne Lamothe-Corneloup, pour le travail considérable qu'elle a fourni durant nos trois premières années d'études et pour tout ce que nous avons pu mettre en place ensemble.

A Delphine Peres-Demarthon, pour être toujours là malgré une année pleine de surprises, pour sa patience, pour ses nombreuses réponses aux étudiants, toujours le sourire aux lèvres, pour le relai et le soutien qu'elle a été cette année.

A Florence Biesse, pour les trois années passées en sa compagnie, pour ses anecdotes, son sens de l'humour, son travail et sa présence. Pour avoir été, pendant de nombreuses années, le pilier de tant d'étudiants, et pour l'avoir été avec cette incroyable classe qui l'accompagne au quotidien.

A Anne-Gaëlle Bardet-Tanguy, Catherine Chapon, Gaëlle Benichou, Sophie Thiriet, Véronique Eggenspieler, Anne Debelleix et Stéphanie Mallet, mes maîtres de stage, pour tout ce qu'elles m'ont appris durant mon parcours. Pour nos échanges, leurs réponses et leur considération.

A Fanny, Nina, Jeanne et Anna pour leur amitié durant ces quatre années, pour les voyages, les projets et tout ce qu'elles m'apportent au quotidien.

A Amandine, Gaëlle et Françoise, pour les apéros, les sessions révisions, les histoires de vie, les conseils toujours avisés. Pour ces rencontres inoubliables, ces amitiés immortelles.

A Julie, Carole, Marie-Justine, Céline et Selma, pour leur affection et leur bonne humeur, pour les sorties passées et les nombreux souvenirs, et pour toutes les aventures à venir.

Et à Camille, Charline, Chloé, Elodie, Estelle, Estelle, Fanny, Julien, Maïlys, Mathilde, Marion, Oriane, Stéphanie, Virginie pour cette magnifique promotion 2011-2015, pour les délires, les galères, les absentéismes, les partiels, les paniques, le mémoire...le diplôme.

A Hélène, pour son investissement, sa patience et sa gentillesse.

A Amy, pour son énergie, les nuits blanches, les projets et les frayeurs, pour sa confiance et son amitié, pour ce qu'elle porte au quotidien pour rendre meilleur le monde des étudiants en orthophonie et pour tout ce qu'elle portera encore, j'en suis sûre.

A Stéphanie et Alexia, mes makatonneuses préférées, pour leur joie de vivre, leur sourire et pour leur relecture assidue.

A Anne, Céline, Peter, Florence, Trésor, Sophie, Soizic, Mélody et Janko, pour tous ces moments à rêver le monde de l'orthophonie. Pour les billets de train, les rendez-vous, les CA, les contribs, les mails et les paniques. Et pour tout ce que l'avenir nous réserve de week-ends, de thèses et de projets.

A tous les bureaux de la FNEO, passés et futurs, qui se battent chaque jour pour nous représenter.

A Samia, pour tout ce qu'elle m'inspire en orthophonie, en associatif et dans la vie. Pour ce monde dans lequel elle m'a plongée.

A mes amis parisiens : Célia, Alix, Kenza, Mickaëla, Nath, Ninon, Marjorie, Sarah, Sophia, Christophe, restés tout autour de moi malgré la distance, toujours présents.

A toute ma famille, pour leur amour au quotidien.

A Jessy, mon pilier, parce que de Singapour à Berlin, aucune distance ne nous résiste. Parce que, comme il y a 4 ans, 8 ans, 17 ans, comme à chaque moment de ma vie, bon ou mauvais, son amitié reste indéfectible.

A mon grand frère pour son soutien, son amour, sa présence constante à mes côtés. Pour son oreille attentive et ses conseils avisés, pour le modèle qu'il représente à mes yeux, pour l'être exceptionnel qu'il est...

A ma mère, pour ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille depuis toujours. Pour ta force inouïe, pour ta présence à chacune des étapes de mon chemin. Pour cette vie que tu m'as offerte, pour tout ce qu'aucun mot ne peut décrire. Je t'aime...

A mon père...

*« L'amour d'un père ne meurt jamais, il veille, de près ou de loin,
toujours sur les siens »*

Sommaire

Introduction.....	1
ASSISES THEORIQUES.....	3
I. Aspect développemental de la communication et du langage.....	4
A. Aspect développemental de la communication.....	4
1) Définition.....	4
2) Des prémices de la communication.....	4
3) Jeu et interaction.....	6
4) De la communication à la pragmatique.....	7
B. Aspect développemental du langage.....	9
1) Définition.....	9
2) Versant réceptif du langage.....	10
3) Versant expressif du langage.....	12
II. Pathologies du langage et de la communication.....	18
A. Troubles de la communication.....	18
1) La « triade autistique ».....	18
2) Troubles du Spectre Autistique: critères diagnostics.....	19
3) Difficultés communicationnelles.....	25
a. TSA et communication non-verbale.....	25
b. TSA et langage.....	25
B. Troubles du langage.....	29
1) De l'aphasie infantile à la dysphasie.....	29
2) Specific Language Impairment.....	29
a. Définition.....	29
b. Critères diagnostiques.....	30
3) Trouble Spécifique du Développement du Langage.....	31
a. Définition.....	31
b. Critères diagnostiques.....	31
4) SLI/TSDL : Dysphasie ou Retard de langage.....	32
a. Qu'est-ce que la dysphasie.....	33
1. Structurel.....	33
2. Primaire.....	33
3. Spécifique.....	34

4.	Durable	34
5.	Sévère	34
b.	Dysphasie et déviance	35
1.	Marqueurs de déviance selon Gérard	36
2.	Autres marqueurs de dysphasie.....	38
➔	De la parole difficile.....	39
➔	...au langage déficitaire,...	40
➔	...une communication préservée.....	42
c.	Le retard de parole et de langage	43
1.	Parole et retard	44
2.	Langage et retard	44
III.	Evaluation du langage et de la communication : le bilan orthophonique	47
A.	Définition.....	47
B.	Modes d'évaluation.....	49
1)	Analyse en terme de « connaissances » : analyse quantitative	50
2)	Analyse en termes de « comportements » ou de « stratégies » : analyse qualitative	51
3)	Analyse en terme de « performances » : analyse statistique	51
C.	Des données quantitatives à l'analyse clinique.....	53
1)	Observations cliniques et grilles d'évaluation.....	53
2)	Le déroulement du bilan	55
D.	Diagnostic orthophonique.....	55
IV.	Diagnostic précoce	58
A.	De l'intérêt du diagnostic précoce	58
1)	Troubles de la communication	58
2)	Troubles du langage	60
a.	Impacts du trouble sur la vie de l'enfant.....	61
1.	Impacts sur le comportement	61
2.	Impacts sur la famille et sur les relations	62
3.	Impacts sur le langage écrit.....	63
4.	Impacts sur la scolarité.....	64
b.	Intérêt d'une prise en charge précoce	65
B.	Dépistage.....	67

Partie Pratique	71
Problématique	72
Matériel et méthode	73
I. Population	73
A. Patients.....	73
1) Critères d’inclusion	73
2) Caractéristiques des patients	74
B. Orthophonistes.....	75
II. Methode	76
A. Elaboration de l’outil	76
1) De l’élaboration de la grille	77
a. Des critères discriminants	77
b. Cotation.....	78
c. Modes d’évaluation.....	79
2) Au livret de passation	80
B. Consultation des orthophonistes	80
Résultats.....	84
Discussion	110
I. Analyse des profils diagnostiques des patients	110
A. Troubles du Spectre Autistique	111
B. Dysphasies	112
C. Retards de langage	113
D. Non-déterminés	114
1) Groupe 1.....	114
2) Groupe 2.....	115
II. Intérêts de l’outil	116
A. Améliorations	118
B. Limites	122
C. Perspectives d’avenir.....	123
Conclusion.....	124
Bibliographie.....	125

Tableaux et Annexes

Tableau 1 - Développement de la communication non-verbale chez le tout-petit...	6
Tableau 2 – Développement du versant réceptif du langage jusqu'à 6 ans.....	12
Tableau 3 – Développement du versant expressif du langage jusqu'à 6 ans	16
Tableau 4 – Patients.....	74
Tableau 5 – Profils diagnostiques des patients.....	100
Tableau 6 – Moyenne des points de profil pour les enfants diagnostiqués TSA (8 enfants).....	104
Tableau 7 – Moyenne des points de profil pour les enfants diagnostiqués dysphasiques (6 enfants).....	106
Tableau 8 – Moyenne des points de profil pour les enfants diagnostiqués retard de langage (10 enfants).....	107
Tableau 9 – Moyenne des points de profil pour les enfants dont le diagnostic n'est pas déterminé groupe 1 (5 enfants).....	109
Tableau 10 – Points de profil pour les enfants dont le diagnostic n'est pas déterminé groupe 2 (3 enfants).....	109
<i>Graphe 1 – Efficacité de la grille</i>	<i>110</i>
<i>Graphe 2 – TSA</i>	<i>110</i>
<i>Graphe 3 – Dysphasie</i>	<i>111</i>
<i>Graphe 4 – Retard de langage</i>	<i>111</i>
<i>Graphes 5, 6, 7, 8, 9 – Profils des enfants TSA</i>	<i>113</i>
<i>Graphes 10, 11, 12, 13, 14 – Profils des enfants Dysphasiques</i>	<i>114-115</i>
Annexes.....	149
Annexe 1 : Tests évaluant le langage et la communication chez les enfants âgés de 2 ans 6 à 5 ans 6	149
Annexe 2 : Tests utilisables dans l'outil élaboré	152
Annexe 3 : Livret de passation.....	156
Annexe 4 : Grille d'Observation Clinique	183
Annexe 5 : Grille d'Evaluation Normée	191
Annexe 6 : Réponses des orthophonistes aux questions ouvertes.....	195

Introduction

« Dès lors que l'on reconnaît la profonde différence entre trouble fonctionnel et trouble structurel, on se doit d'essayer d'établir un diagnostic différentiel »

Jacques Roustit

Les troubles du langage chez l'enfant sont fréquents, puisqu'ils affectent 4 à 6% des enfants d'une classe d'âge, 1% étant porteur de formes sévères (Delahaie, 2004).

L'ANAES (aujourd'hui remplacée par la Haute Autorité de la Santé) détermine, en 2001, **3 critères de gravité** des troubles du langage oral dès 3-4 ans : **Inintelligibilité, Agrammatisme, Trouble de la compréhension**. Les enfants présentant ces critères de gravité nécessitent une prise en charge intensive.

Mais ces difficultés langagières n'impliquent pas toujours les mêmes conséquences, et **le type de prise en charge dépendra du trouble de l'enfant**. Si, à première vue, tous les enfants « parlant mal » peuvent se ressembler, l'œil aguerri du praticien devrait savoir différencier les troubles précocement, afin d'engager une **prise en charge adaptée et efficace dès le plus jeune âge**, permettant ainsi d'optimiser le pronostic du patient.

Comme l'illustre Pierart en 2004 : *« Si le diagnostic différentiel précoce de la dysphasie est délicat, son pronostic est le plus favorable du fait de la mise en place précoce de stimulations. »* (Pierart 2004)

La **dysphasie**, bien qu'étant un trouble inné, est, aujourd'hui, **rarement diagnostiquée avant 6 ans**. Ce diagnostic tardif empêche bien souvent la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Mais le délai de diagnostic n'est pas le seul problème concernant cette pathologie. Du fait de leurs difficultés de langage, **les enfants dysphasiques ont parfois une présentation évoquant un syndrome autistique**. Ainsi, il arrive que des diagnostics de Trouble du Spectre Autistique soient posés pour des enfants dysphasiques.

Ces erreurs de diagnostic peuvent s'avérer dangereuses, car **elles font perdre un temps précieux** à l'enfant dans sa prise en charge, dans son parcours scolaire et dans le développement de ses interactions sociales.

De la même façon qu'une dysphasie et un trouble autistique ne réclameront pas le même type de prise en charge, le retard de langage ne sera pas rééduqué de la même manière que la dysphasie. Ce trouble structurel nécessitera la **mise en place d'une prise en charge intensive, axée sur les difficultés précises de ces enfants**, difficultés que nous détaillerons dans ce mémoire.

Le diagnostic différentiel précoce est donc un enjeu majeur pour la prise en charge de l'enfant porteur d'un trouble du langage. Il s'agit essentiellement d'un diagnostic qui repose sur l'expertise du praticien.

C'est pour permettre à tout orthophoniste libéral de disposer de cette expertise que nous avons choisi de créer cet outil d'évaluation. Notre grille aura pour but d'allier **évaluation normée et analyse clinique** afin d'aboutir à la **pose précoce de l'orientation diagnostique** adéquate et à la mise en place d'une **prise en charge adaptée**.

Dans un premier temps, nous aborderons le développement de la communication et du langage chez l'enfant tout-venant. Nous nous intéresserons ensuite aux pathologies touchant ces deux fonctions essentielles, ainsi qu'à leur évaluation orthophonique. Enfin, l'importance de ces troubles nous amènera à nous interroger sur l'intérêt du diagnostic précoce en orthophonie.

Dans un second temps, nous partirons du postulat qu'un diagnostic différentiel permettant de distinguer Dysphasie, Retard de langage et Trouble du Spectre Autistique est possible avant l'âge de 6 ans. Nous présenterons alors notre travail qui, en s'appuyant sur ce postulat, consiste à l'élaboration d'une grille permettant de poser une orientation diagnostique visant au diagnostic différentiel précoce entre ces pathologies. Nous développerons ainsi la méthode de création de la grille et discuterons les résultats obtenus lors de passations sur des enfants diagnostiqués et les premiers retours des orthophonistes sur cet outil. Enfin, nous nous attacherons à évaluer les limites de cet outil ainsi que ses perspectives d'avenir.

ASSISES THEORIQUES

I. Aspect développemental de la communication et du langage

A. Aspect développemental de la communication

1) *Définition*

La communication désigne **l'ensemble des moyens permettant la transmission d'un message**. Le langage est un système arbitraire de communication qui permet de transmettre une représentation à autrui. Mais il existe d'autres moyens de communiquer que le langage, on parle alors de communication non verbale. La communication non verbale au sens où nous l'entendons généralement renvoie surtout aux éléments cinétiques rapides, qui sont ceux qui interviennent le plus dans la transmission du message ; ils correspondent aux mimiques faciales, aux mouvements et aux gestes.

2) *Des prémices de la communication*

Nous avons longtemps pensé, au niveau communicationnel, que le bébé ne faisait que répondre à la stimulation et à l'initiative de l'adulte. Brazelton, pédiatre américain, a été l'un des premiers, dans les années 70, à montrer le rôle actif du tout-petit dans les interactions. Ses recherches ont montré que le bébé était capable de réguler l'interaction.

« Avant qu'ils ne commencent à parler, les enfants sont capables de communiquer en utilisant les gestes et les vocalisations. A travers ces signaux conventionnels, ils réalisent une variété d'intentions communicatives telles que demander, appeler, protester et accueillir ». (Camaioni et Aureli, 2002, cités par K. Marte et M. Leroy-Collombel, 2010). A peine venu au monde, **le bébé est d'emblée équipé pour communiquer.**

Dans le développement de l'enfant, nous distinguons communication d'interaction sociale. Adrien et Gattegno définissent en 2011 l'interaction comme « la réponse à l'autre à partir d'indices différents ». **Le regard, l'imitation, le pointage sont indispensables au développement de cette interaction sociale. Ils sont les précurseurs de l'attention conjointe, elle-même nécessaire à l'émergence du**

langage. Les travaux de Bates et coll (1979) et de Bruner (1983) montrent qu'il existe une continuité fonctionnelle entre les développements pré-linguistiques et linguistiques : les comportements expressifs manifestés par l'enfant au cours de la première année (mimiques, gestes de pointer...) sont des précurseurs à l'émergence du lexique.

Vers le troisième mois le développement de la vision permet au bébé une bonne régulation du contact social par la régulation de la quantité de contact visuel. Bruner (1983) décrit **le regard** comme étant le **premier mécanisme de l'attention réciproque.**

Vient ensuite **l'imitation.** Jusqu'à 8 – 9 mois, le bébé imite des gestes qu'il connaît. A partir de douze mois il commence à imiter de nouveaux modèles. Ce n'est que vers seize mois que l'imitation deviendra différée : elle sera possible grâce à une représentation mentale des modèles perçus (Girardot et coll., 2009).

Puis, **le pointage** se met en place. Angelmann (2006) le définit comme « *un geste conventionnel de communication non verbale d'une grande importance dans le cadre de l'avènement de la communication intentionnelle, de l'intersubjectivité et de l'émergence de la représentation* ». Il apparaît d'abord autour de 8 mois, avec le **pointage proto-impératif**, l'enfant oriente son geste vers un objet qu'il désire et qu'il vise à obtenir. Autour d'un an, le **pointage proto-déclaratif** se manifeste, l'enfant pointe un objet afin de signaler son intérêt, il veut qu'on lui en parle, et non qu'on le lui donne (Bates, E. et al., 1975). **Le pointage proto-déclaratif est une vraie avancée dans l'interaction sociale.**

Enfin, **l'attention conjointe** commence à se développer aux alentours de 6 mois (Butterworth et Crochan, 1980) et doit être totalement acquise vers vingt-quatre mois. Selon Bruner (1983), elle correspond à la capacité à partager avec autrui un événement, à attirer et à maintenir son attention vers un objet, une personne. Elle est **indispensable à l'acquisition du langage communicatif.**

Toutes ces compétences sont innées, ce qui signifie qu'en l'absence d'une lésion ou d'une pathologie, si l'enfant se trouve dans un environnement adapté, il développera ces fonctions, notamment grâce à son entourage.

Tableau 1 - Développement de la communication non-verbale chez le tout-petit :

Communication	Regard	Imitation	Pointage	Attention conjointe
3 mois	Régulation du contact social			
6 mois				Développement de l'Attention Conjointe
8-9 mois		Imitation des gestes connus	Pointage proto-impératif	
12 mois		Imitation de nouveaux modèles	Pointage proto-déclaratif	
16 mois		Imitation différée		

3) *Jeu et interaction*

Le **jeu**, qui se développe dès la naissance et commence au stade sensori-moteur pendant les neuf premiers mois, sera un **excellent médiateur** pour permettre à l'enfant d'**acquérir les fonctions communicatives**. Il permet au bébé d'explorer certaines sensations sur son propre corps avec un seul objet, puis plusieurs. La place du corps devient de moins en moins importante et le jeu se porte davantage sur les objets qui l'entourent. De nombreuses interactions avec l'adulte se feront sous forme de jeux, menant à **l'acquisition de compétences fondamentales chez le nourrisson**. (Brigaudiot & Danon-Boileau, 2002)

Ainsi, les jeux représentant l'absence, de type « caché/coucou », permettront à l'enfant d'accéder à la **permanence de l'objet**. L'alternance et le face à face sont des situations qui tendent à la mise en place des **tours de rôles**, essentiels à la structure du dialogue. Et, à partir de l'espace commun entre la mère et l'enfant, **l'attention conjointe** peut se construire.

Apparaissent ensuite le **jeu fonctionnel** puis le **jeu symbolique**, tous deux pré-requis à la mise en place du langage. L'enfant devient alors **capable de reproduire des situations dans un contexte inhabituel** et avec des objectifs différents. Ce stade de jeu apparaît entre dix-huit et vingt-quatre mois.

4) *De la communication à la pragmatique*

Les précurseurs au développement de la communication décrits plus tôt sont également ceux qui permettront à la pragmatique de se mettre en place chez l'enfant de moins de un an.

Les **habiletés pragmatiques**, au même titre que les habiletés linguistiques dont nous parlerons ensuite, sont des éléments qui permettent à la communication d'être efficace. **Produire des sons, des syllabes, des mots ou des phrases sans que le but réel soit la communication n'a aucune valeur (Leclerc, 2005).**

Monfort et Juarez (2005) citent deux auteurs pour définir ce concept de pragmatique : Bates (1976) voit la pragmatique comme « *l'usage social du langage* » et Gleason (1985) comme « *l'usage que l'on fait du langage pour exprimer ses propres intentions et pour obtenir des choses autour de soi* ».

L'objet de la pragmatique n'est donc pas la structure du langage mais son **utilisation effective en situation de communication**. Elle s'intéresse à la manière dont le destinataire perçoit et décode le message en vue de lui donner du sens. Elle concerne uniquement les **éléments non verbaux et para-verbaux** qui entrent en jeu lorsque deux individus communiquent.

On considère le langage comme un ensemble complexe constitué par la phonologie, la sémantique et la morphosyntaxe, mais aussi par la pragmatique (Monfort et al. 2005).

Les chercheurs de l'école de Palo Alto disait « *On ne peut pas ne pas communiquer* », objectant que le refus de communication était lui-même une communication. Mais cette affirmation ne prend sens que si nous parlons de personnes ayant un fonctionnement cognitif dit « normal ». Dès lors que nous

sortons de ce cadre, nous pouvons rencontrer un autre cas de figure que Communiquer vs Refus de communiquer : **l'impossibilité à communiquer**. Et c'est bien de cela qu'il s'agit quand nous nous intéressons au fonctionnement des personnes avec autisme.

Après avoir détaillé les étapes de la mise en place de la communication chez le tout-petit, nous nous intéresserons à la fonction que ces compétences communicationnelles permettent de développer : le langage.

La communication désigne l'ensemble des moyens permettant la transmission d'un message. Depuis la naissance jusqu'au développement du langage, le bébé va développer de nombreuses aptitudes communicationnelles. Regard, imitation, pointage, attention conjointe sont autant de compétences qui formeront le socle sur lequel pourra se construire le langage.

B. Aspect développemental du langage

1) *Définition*

D'après Saussure (1916 in *Cours de linguistique générale de Saussure, Sanders, 1979*), le **langage** correspond à la **faculté générale à pouvoir s'exprimer au moyen de signes**. Le langage repose sur une capacité uniquement humaine, celle de l'abstraction et de la symbolisation. Il permet d'évoquer ce qui est présent ou ce qui est absent, ce qui est palpable mais aussi ce qui est abstrait ou même imaginaire.

Le langage repose sur différentes acquisitions :

- **Phonologie**

Elle correspond à **l'organisation des phonèmes dans le mot**.

- **Lexique**

Il s'agit de « l'ensemble des unités de langue que possède un individu ou une communauté linguistique ». On distingue le **lexique actif** (les unités lexèmes sont exprimées verbalement par le locuteur) du **lexique passif** (les unités lexèmes existent de façon potentielle, étant comprises sans jamais être exprimées). (Dictionnaire d'orthophonie, 2004)

- **Syntaxe**

« *La syntaxe est le domaine de la linguistique qui décrit la **façon dont les mots se combinent** pour former des groupes de mots et des phrases chargés de sens* ». (Delahaie, 2004).

- **Pragmatique**

Elle correspond à **l'usage du langage** que fait un locuteur particulier **dans un contexte particulier**, à l'attention d'un destinataire particulier et selon une intention particulière.

Il y a plus d'un demi-siècle, des linguistes tels que Noam Chomsky ont défendu l'hypothèse selon laquelle l'enfant posséderait de façon innée un « *dispositif d'acquisition du langage* ». Celui-ci leur conférerait, dès la naissance, les règles générales (et les possibles variations) auxquelles les langages obéissent (Chomsky, 1957). **L'acquisition du langage est donc un processus qui se développe de façon naturelle** chez l'enfant au travers de stimulations familiales et environnementales suffisantes, ainsi qu'avec une bonne maturation cérébrale.

Des études ont montré que, dès les premières confrontations avec le langage, les nouveau-nés ont une perception de la parole étonnante. En effet, ils peuvent rapidement discriminer des contrastes phonétiques, remarquer des contours intonatifs et catégoriser des formes globales syllabiques (Le Normand, 2004).

2) *Versant réceptif du langage*

Le langage se développe d'abord sur le **versant réceptif**, puis sur le **versant expressif**. Selon Benedict et Clark, « *les premières manifestations de compréhension verbale se produisent autour de 8-9 mois chez le jeune enfant* ». Dès cet âge, l'enfant comprend « non », « bravo » et « au revoir ». (Benedict, 1979, et Clark, 2002, cités par S. Kern, 2006). Mais avant même cette compréhension, on observe chez le tout-petit des signes de réaction au langage. Après sa naissance, l'audition du nouveau-né se développe rapidement, permettant **l'appréhension des sons de l'environnement**. Chaque langue est constituée d'un ensemble limité de sons qui lui sont spécifiques et qui, en se succédant, déterminent l'ordre des phonèmes dans les mots, des mots dans les phrases, des idées dans le discours (Parisse et Maillart, 2004).

Pour que les séquences phoniques des sons deviennent des mots, le bébé doit entendre des unités phonologiques isolables et séparées par des pauses, et ce, de façon régulière : c'est comme cela que le lexique va considérablement s'enrichir ». (Golder et al., 1995, cités par M. Goëtz-Georges, 2006).

A partir de 9 mois, il commence à **comprendre des mots familiers** en contexte, puis hors contexte, ainsi que des consignes simples.

Dès 11-12 mois, il est en mesure de **comprendre des informations non verbales**. De plus, « *autour de 12 mois, les enfants francophones monolingues sont à même de comprendre **trente mots en contexte**, mais également de reconnaître un certain nombre de mots fréquemment entendus hors contexte tels que biberon, chaussure ou chapeau* ». (de Boysson-Bardies, 1996, citée par S. Kern, 2006). Commence alors à se produire la **segmentation des mots**, ainsi que leur reconnaissance, qui s'effectue à ce moment de manière plutôt globale. À ce stade, l'enfant comprend bien plus de mots qu'il ne peut en produire. (de Boysson-Bardies, 1996). Loisy explique que **le nombre de mots compris est nettement supérieur au nombre de mots utilisés**, et ce, tout au long de la vie (Loisy, 2001).

Autour de 12-15 mois, les petites phrases simples de type Sujet–Verbe–Complément sont comprises, et à 16 mois, **l'enfant comprend entre 100 et 150 mots**, ainsi que de **courtes phrases en situation**.

Dès 18 mois, il comprend plus de 200 mots et **obéit à de petites consignes** comprenant un ou deux éléments, sans nécessité du geste.

Vers 2 ans et demi – 3 ans, la compréhension de l'enfant est essentiellement lexicale et s'appuie sur le contexte. Plus tard, elle deviendra également possible hors contexte.

Ce n'est qu'à partir de 3 ans et demi – 4 ans, que l'enfant tient compte des **aspects morphosyntaxiques du message**. Ce traitement morphosyntaxique, majoritaire jusque 6-7 ans, met en relation le thème du message et son contenu. Un énoncé hors contexte peut alors être compris. Ce traitement permet à l'enfant de se construire des représentations mentales.

Dès 4-5 ans, l'enfant entre dans la compréhension du langage oral selon une modalité narrative. Celle-ci est nécessaire à la compréhension des récits. L'enfant doit à la fois prendre en compte la chronologie des événements et les relations de cause à effet.

Tableau 2 – Développement du versant réceptif du langage jusqu'à 6 ans :

Langage (Réceptif)	Compréhension lexicale	Compréhension syntaxique
8-9 mois	Quelques mots familiers en contexte	
12 mois	30 mots en contexte + reconnaissance de quelques mots hors contexte	
16 mois	100 à 150 mots	Courtes phrases (S-V-C) en situation
18 mois	Plus de 200 mots	
2 ans	Plus de 275 mots	Compréhension de phrases en contexte
3 ans	Plus de 530 mots	
4 ans	plus de 950 mots	Prise en compte des aspects morphosyntaxiques du message
6 ans	2500 à 3000 mots	Compréhension des phrases complexes hors contexte

Entre 8 et 36 mois, **la compréhension de l'enfant s'accroît de manière linéaire** : ce sont d'abord les situations qui sont comprises, puis des mots isolés, et enfin des phrases simples. **La production lexicale**, elle, **suit une progression moins régulière**. Il existe donc un décalage entre le versant réceptif et le versant expressif.

3) *Versant expressif du langage*

De 0 à 2 mois, le bébé produit ses **premières manifestations vocales**, ainsi que des soupirs et des sons végétatifs exprimant confort et inconfort. Dans le même temps, le jasis, appelé aussi « lallation », apparaît jusqu'à l'âge de 2-3 mois. (Konopczynski, 1991, citée par K. Marte et M. Leroy-Collombel, 2010)

Dès 2 mois, le bébé produit ses premières vocalisations et à partir de 3 mois, sa posture évolue, permettant des modifications anatomiques qui favorisent l'accès à la parole.

Dès 4 mois, apparaissent les premiers vrais sons vocaliques, et à partir de 6 mois, le jasis s'enrichit et se transforme peu à peu en **babillage**.

On distingue :

- **Le babillage rudimentaire (de 3 à 6 mois)**

Le bébé reproduit l'intonation des sons produits par son entourage. On voit apparaître les **premières associations de phonèmes** de type consonne-voyelle.

- **Le babillage canonique (de 5 à 10 mois)**

Vers 6-7 mois, la maturité du tractus vocal se modifie, permettant l'apparition de nouveaux sons du langage. Les **syllabes répétées en série** permettent à l'enfant d'exercer son appareil vocal, d'imiter celui qui parle et de communiquer avec lui. Plus l'adulte interagit avec lui, plus le bébé babille. (Chevrie-Muller, 2007)

Entre 6 et 8 mois : la **prosodie se met en place**. Vinter explique que « les éléments prosodiques ont un rôle à jouer dans l'accès à la phase syntaxique du langage. La présence de l'allongement final de la syllabe est un indicateur précoce et fiable de l'entrée dans la phase syntaxique du langage. Il est chaque fois en corrélation avec un bon développement du langage ultérieur, même chez les enfants présentant des pathologies telles que la surdité ou une dysphasie ». (Vinter, 1994, citée par P. Antheunis et al., 2006).

- **Le babillage mixte (de 9 à 18 mois)**

A partir de 11-13 mois, l'enfant produit des sons et des **proto-mots** issus de sa langue d'origine, et s'appuie volontiers sur les gestes et la prosodie pour leur donner du sens.

Vers 14-16 mois, le babillage s'enrichit sur le plan du rythme et de la mélodie, pour arriver au proto-langage. Le proto-mot, ou « vocable », est composé d'une ou de plusieurs syllabes.

Les premiers mots apparaissent entre 12 et 16 mois. La moitié des enfants prononcent leurs premiers mots aux alentours de 10-12 mois.

La production des mots est d'abord lente (à un an, l'enfant a environ acquis 5 à 10 mots), puis elle s'accélère. Parallèlement, la phonologie et la syntaxe se précisent. Pour que la programmation des mots puisse se faire, l'enfant doit sélectionner les mots dans son répertoire, trouver le programme phonétique correspondant, et organiser les mouvements articulatoires qui permettront la réalisation des mots. (Boysson Bardies, 1996.).

Ces mots sont au début très dépendants d'un contexte et réalisés de façon isolée. Par la suite, l'enfant va devenir capable de décontextualisation et de décentration par rapport à la situation initiale. Le lien entre signifiant et signifié va alors s'établir peu à peu. On parle de **période « pré-linguistique »**. Elle va durer jusqu'à 18 mois.

Ensuite, l'enfant entre dans la **période linguistique**, qui s'accompagne de l'acquisition des premiers mots et des énoncés élémentaires.

Concernant la production des premiers mots, Fenson et al. et Clark (1993) notent :

- Une production d'une petite dizaine de mots à 12 mois,
- 50 mots entre 16 et 18 mois,
- De 300 à 500 mots entre 24 et 30 mois,

D'après Loisy, l'adulte cultivé possède entre 20 000 et 40 000 mots (Loisy 2001).

La période d'acquisition du vocabulaire est d'abord lente entre 12 et 16 mois, puis elle s'accélère après 16 mois : on parle alors **d'explosion lexicale**. Mais si dans son aspect quantitatif, les auteurs parlent « *d'explosion du langage* », d'un point de vue qualitatif, le développement lexical suit une progression plus lente et se poursuit jusqu'à l'adolescence.

A 16 mois, les productions de l'enfant se réduisent au **mot-phrase**, puis, à partir de 18 mois, il commence à **associer deux mots** pour former des phrases et la négation apparaît. S'ensuit **l'explosion grammaticale** caractérisée par l'apparition des verbes, adjectifs puis des mots outils.

Dès 24 mois, l'enfant utilise des articles, des adverbes, des prépositions exprimant la possession (comme « à », « de », « pour »), et à partir de 3 ans, on assiste à une augmentation rapide du stock lexical. Au même moment, comme le lexique, la syntaxe connaît une progression quantitative spectaculaire (Loisy 2001). L'enfant devient une personne indépendante de l'adulte qui s'autonomise par l'**utilisation du « je »** (Denni-Krichel et Kremer, 2010). Il produit des **phrases de six mots** voire plus, de type sujet-verbe-complément, et commence à utiliser les principaux outils grammaticaux (déterminants, prépositions, conjonctions).

Les domaines du lexique, de la syntaxe et de la pragmatique continuent à s'enrichir, et vers 3 – 4 ans, l'enfant « *possède un système de communication linguistique déjà bien efficace* » (Bassano, 2001). **Les phrases se constituent progressivement vers l'âge de 4 ans** : d'abord avec des phrases entières simples, puis avec des propositions coordonnées et subordonnées (De Boysson Bardies, 1996.).

Concernant la conjugaison, l'enfant commence par utiliser l'impératif à 3 ans, et l'infinitif ensuite. Le présent de l'indicatif n'est utilisé qu'à partir de 4 ans, et l'imparfait et le conditionnel n'apparaissent pas avant 5 ans et demi. Ce n'est qu'après 6 ans, que l'enfant va utiliser de manière adéquate les temps des verbes. L'emploi de la forme passive intervient encore plus tardivement.

Chez les enfants au développement langagier normal, **l'âge de 4-5 ans est un moment charnière** : le langage de l'enfant devient très proche de celui de l'adulte. On y retrouve des **structures syntaxiques complexes** et relativement **peu d'erreurs grammaticales**.

Tableau 3 – Développement du versant expressif du langage jusqu'à 6 ans :

Langage (Expressif)	Productions pré-lexicales	Lexique	Syntaxe
0-3 mois	Lallations		
3 mois	Babillage rudimentaire		
6 mois	Babillage canonique		
10 mois	Babillage mixte	Début de la période pré-linguistique	
12 mois		Premiers mots puis 5 à 10 mots	
16 mois		50 mots	Mot phrase
18 mois		Début de la période linguistique : explosion lexicale	Phrases de 2 mots Apparition de la négation
2 ans		300 à 500 mots	Articles, adverbes et prépositions
3 ans		Augmentation rapide du stock lexical	Explosion syntaxique : apparition du « je » Phrases de type S-V-C Utilisation de l'impératif puis de l'infinitif
4 ans			Phrases complexes Utilisation du présent de l'indicatif
6 ans			Utilisation de l'imparfait et du conditionnel

« Le langage correspond à la faculté générale à pouvoir s'exprimer au moyen de signes » (Saussure, 1916 in *Cours de linguistique générale de Saussure, Sanders, 1979*).

L'assimilation du langage est innée chez les enfants ne présentant pas de pathologies, et elle repose sur l'acquisition de la phonologie, du lexique, de la syntaxe et de la pragmatique. Dès les premiers mois de vie de l'enfant, on pourra observer le développement du versant réceptif du langage, suivi de l'évolution du versant expressif, avec l'apparition des premiers mots autour d'un an.

Pour résumer, nous constatons que l'enfant possède normalement dès la naissance toutes les compétences nécessaires au développement de la **communication** et du **langage**. Il s'agit là de **fonctions dites « innées »**. Cependant, ce développement peut être perturbé par divers troubles. En effet, **il existe différents troubles du langage oral**, dont nous parlerons plus tard. Mais un langage déficitaire peut également s'expliquer par la présence d'une pathologie **sous-jacente** qui aura des répercussions sur le développement et l'utilisation du langage. Ainsi, un **trouble de la communication** ne permettra pas la mise en place d'un langage fonctionnel, le langage étant uniquement l'outil de la communication.

Nous nous intéresserons d'abord aux troubles de la communication et à leurs conséquences sur le langage, puis nous aborderons les troubles du langage oral dits primaires.

II. Pathologies du langage et de la communication

A. Troubles de la communication

1) *La « triade autistique »*

C'est en 1943 que le psychiatre américain Léo Kanner définit « **l'autisme typique** » comme se déclinant par des **symptômes dans trois aires du développement** de l'enfant. On parle de la « **triade autistique** », définie par Wing et Gould en 1979 : « *on observe chez ces enfants des **anomalies du contact et des interactions sociales, des anomalies de la communication verbale et non verbale, et des comportements stéréotypés et restreints** » (Douniol, 2006).*

Nous avons déjà abordé la communication, tant au niveau verbal que non verbal. Celle-ci se distingue de l'interaction sociale en ce sens que **la communication est l'échange d'un message codé entre deux individus dans un contexte donné alors que l'interaction sociale correspond à un partage entre deux individus mais qui n'est pas le partage d'un message** (ex : jeu).

Alors que, chez le tout-petit, la communication va se retrouver à travers des demandes d'aide et des demandes d'actions symbolisées par le pointage proto-impératif (l'enfant veut qu'on lui donne ce qu'il désigne), l'interaction sociale va passer par l'imitation, le jeu réciproque, le plaisir dans le contact et le pointage proto-déclaratif (l'enfant veut qu'on lui parle de ce qu'il montre). **On retrouve dans l'autisme une importante altération qualitative des interactions sociales.**

Enfin, sont appelés « **comportements stéréotypés et restreints** » des **productions répétées, systématiques et automatiques du même geste, sans rapport avec la situation vécue ainsi que des centres d'intérêts restreints et atypiques.**

2) *Troubles du Spectre Autistique: critères diagnostiques*

L'autisme fait partie d'un groupe plus large appelé Troubles du Spectre Autistique (TSA). Le **DSM-V** (classification américaine des maladies), publié en 2013, définit les **critères diagnostiques correspondant aux Troubles du Spectre Autistique** :

1. Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (3 des 3 symptômes doivent être présents)
 - **Réciprocité socio-émotionnelle** (initiative et réponse sociale, conversation, partage d'intérêt et d'émotions).
 - **Déficit dans la communication non-verbale** (coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux; intégration des moyens verbaux et non-verbaux au contexte; utilisation et compréhension du contact visuel, des gestuelles, de la posture, des expressions faciales).
 - **Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales** appropriées pour l'âge; difficulté à **adapter son comportement** à différents contextes sociaux, difficulté à **partager le jeu symbolique** et imaginaire avec autrui, **absence manifeste d'intérêt pour autrui**.

2. **Comportements stéréotypés et intérêts restreints** (présents ou à l'histoire)
(2 de 4 symptômes)

- **Utilisation de mouvements répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du langage** (écholalie différée, phrases idiosyncratiques, propos stéréotypés) **et des objets** (p.ex. alignement d'objets, rotation d'objets).
- **Insistance sur la similitude, aux routines et rituels verbaux ou non verbaux** (p.ex. détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, pensées rigides, rituels de salutation figés, nécessité des mêmes itinéraires, manger la même nourriture, etc.)
- **Intérêts restreints, limités ou atypiques** quant à l'intensité et au type d'intérêt (p.ex. attachement excessif à un objet inhabituel, ou intérêts trop limités à certains sujets ou prenant une place très importante).
- **Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels** ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement (p.ex. Indifférence à la douleur/température, réponse négative à certains sons ou textures, fascination pour les lumières ou objets qui tournent).

Il définit **3 niveaux de sévérité** :

Niveau	Communication et interactions sociales	Comportements stéréotypés et intérêts restreints (CSIR)
Nécessite un soutien très substantiel Niveau 3	Atteintes affectent sévèrement le fonctionnement (initiation très limitée et réponses minimales ; quelques mots)	Préoccupations, rituels fixés/comportements répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement. Détresse lorsque les routines sont perturbées, difficile de rediriger ses intérêts
Nécessite un soutien substantiel Niveau 2	Déficits marqués de communication verbale et non verbale ; altérations sociales manifestes malgré les mesures de soutien en place ; initiations et réponses réduites ou particulières.	Comportements restreints et intérêts atypiques sont assez manifestes pour être constatés par un observateur extérieur et perturber le fonctionnement dans une variété de contextes. Détresse et frustration lorsque modification des CSIR
Nécessite un soutien Niveau 1	Sans soutien, les déficits causent des incapacités manifestes. Manque d'intérêt, difficultés à initier et réponses atypiques aux avances sociales.	Rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent de manière significative au fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Résistance aux tentatives de mettre fin au CSIR

3. Les symptômes doivent être **présents depuis la petite enfance** mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités individuelles.
 - Écart entre les capacités et les exigences de l'environnement.
 - Reconnaissance que les manifestations peuvent être masquées par les interventions, la compensation individuelle et le support offert à la personne TSA.
4. Les symptômes **limitent ou altèrent le fonctionnement quotidien**.
5. Les perturbations ne sont pas mieux expliquées par une Déficience Intellectuelle (DI) ou un Retard Global de Développement (RGD).
 - Comorbidité plus fréquente entre TSA et DI
 - Pour le diagnostic différentiel, le développement de la communication sociale devrait être inférieur au stade attendu.

Le diagnostic devrait spécifier :

- **Le fonctionnement intellectuel**
 - Avec ou sans DI;
 - Décrire le profil verbal et non verbal;
 - Écart fréquent entre les capacités cognitives et le fonctionnement adaptif (Charman et al., 2011; Kanne et al., 2011).
- **Le développement langagier**
 - Devrait être évalué et décrit lors de l'évaluation diagnostique;
 - Langage réceptif peut être inférieur au langage expressif en autisme – pertinence d'évaluer les deux composantes (Hudry et al., 2010).

- **Si le TSA est associé à une condition médicale** (p.ex. épilepsie), **génétique** (p.ex. Syndrome de Rett, X fragile ou syndrome de Down) ou **environnementale** (p.ex. petit poids à la naissance, exposition à l'alcool).
 - Dans 10 à 15 % des cas, une cause génétique est identifiable (Syndrome du X fragile, la sclérose tubéreuse, le syndrome d'Angelman, etc.).
- **Présence de comorbidité** (TDAH, TAC, troubles anxieux, dépression, Gilles de la Tourette, etc.).

Les auteurs ajoutent :

- ✓ **Fréquentes difficultés motrices** (maladresses, retard, ...) ;
- ✓ Une **mauvaise régulation du contact**, avec un contact oculaire absent, périphérique ou « see-through », une intolérance fréquente au contact physique et une pauvreté de la mimique et de la gestuelle quasi-systématique ;
- ✓ **Posture hypo ou hypertonique** ;
- ✓ **Troubles du comportement** (plus fréquents dans le TSA que dans les autres troubles, incluant la DI) ;
- ✓ **Comportements d'automutilation** ;
- ✓ **Anxiété et dépression** ;
- ✓ **Catatonie** (plus haut risque à l'adolescence) ;
- ✓ **Éléments associés au pronostic**: développement langagier, intellectuel et la présence de comorbidités ;

Le diagnostic de TSA est posé par un médecin après une évaluation des comportements de l'enfant, effectuée par une équipe pluridisciplinaire.

Aujourd'hui, la Haute Autorité de Santé (HAS), qui régit la santé en France, estime que « en 2009, la prévalence estimée des TED est de six à sept pour mille personnes de moins de 20 ans. ». On note également une hausse du taux de prévalence au cours des dernières années, notamment due aux dépistages et diagnostics plus fiables et plus précoces de ces troubles.

Si le DSM est aujourd'hui la classification la plus utilisée, il en existe d'autres. Ainsi, la HAS recommande l'utilisation de la **CIM-10** comme référence pour les **Troubles Envahissants du Développement**, « *un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.* » (Haute autorité de santé, 2005).

La CIM-10 détermine les critères diagnostics suivants :

Critères diagnostics :

3 types d'anomalies : le Trépied Autistique

- Une altération qualitative de la communication
- Une altération qualitative des interactions sociales
- Comportements restreints et stéréotypés

Dans la CIM-10, un des critères essentiels à la pose de diagnostic de TED est la **présence, avant l'âge de trois ans, d'anomalies ou d'altérations du développement**, dans au moins un des trois domaines suivants : le langage, les interactions sociales, ou le jeu (fonctionnel ou symbolique).

Chabane (2012) cite l'Organisation Mondiale de la Santé en 1992: « *L'autisme est défini par un ensemble de symptômes qui doivent débiter avant l'âge de trois ans : l'altération qualitative des interactions sociales réciproques ; l'altération qualitative de la communication ; le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités* ».

3) *Difficultés communicationnelles*

a. TSA et communication non-verbale

Chez les enfants d'âge préverbal, on peut observer une **communication dans un but instrumental ou d'attachement**, mais l'attention conjointe ainsi que d'autres fonctions plus socialement orientées sont souvent absentes. Maestro et ses collaborateurs (2001) soulignent en effet, chez les enfants atteints de TSA, une difficulté à comprendre le geste de pointage et les gestes d'autrui, et plusieurs études soulignent le trouble de l'imitation chez les enfants TSA, qu'elle soit gestuelle, vocale ou verbale (Heimann et Ullstadius, 1996 ; Nadel, 2005a). Peeters (2008) évoque le **système cognitif différent et plus rigide** de ces personnes, qui rencontrent des difficultés à interpréter la prosodie, à comprendre les gestes et les expressions émotionnelles. Elles identifient avec grande difficulté les émotions, les intentions ou même les pensées, en raison d'une « **théorie de l'esprit** » **sous-développée**. Le jeu du faire-semblant, lui, est fréquemment inexistant chez ces enfants qui n'ont **pas la représentation symbolique** des personnes et des objets en général.

b. TSA et langage

Si le DSM-V précise qu'une évaluation langagière devra être effectuée, il ne détaille pas les caractéristiques langagières retrouvées chez les enfants autistes. Il existe pourtant de nombreuses études s'intéressant au versant linguistique de la communication chez ces enfants.

Chez les enfants autistes avec langage, on retrouve généralement d'assez bonnes capacités phonologiques, syntaxiques et sémantiques, mais des **compétences pragmatiques déviantes** (Mundy et Markus, 1997). Les travaux de Tager-Flusberg (1989) montrent également que les enfants autistes auraient des **capacités morphosyntaxiques comparables aux autres enfants**, à la différence qu'ils auraient un langage plus stéréotypé et utiliseraient des structures grammaticales moins variées.

Les résultats de l'étude (McCleery et al., 2006) indiquent que les enfants avec autisme montrent le même modèle de production des sons de la parole que les enfants au développement langagier normal et que les enfants avec un retard de langage.

Ces résultats suggèrent que, au moins aux premiers stades du développement, les enfants avec un trouble du spectre autistique **suivent un modèle qui est semblable à celui des enfants avec retard de langage**, et qui respecte les associations entre les compétences lexicales et grammaticales.

Mais les enfants autistes qui développent naturellement un langage sont rares, et nous retrouvons plus généralement **une absence de langage ou un retard important**, sans tentative de compensation de cette lacune communicationnelle (Mundy et Markus, 1997).

Lavielle et al. (2003) suggèrent que chez les jeunes enfants TSA, la communication verbale n'est pas seulement **moins fréquente** mais qu'elle est aussi **qualitativement réduite**, avec peu de sons variés (Dawson et al 2000).

Cette théorie semble cohérente avec les différentes recherches. En effet, il est possible d'observer une **absence complète de langage** (un enfant TSA sur deux selon Dansart, 2000), un langage constitué exclusivement d'**écholalies** ou encore un langage semblable à la norme mais **inadéquat dans son utilisation**.

Cuny et Gasser (2000) décrivent les caractéristiques de ce langage particulier dans lequel on retrouve fréquemment des **inversions pronominales**, une **absence du « je »** et une **mauvaise utilisation des pronoms**, des **écholalies** (répétitions immédiates ou différées d'une phrase) et des **idiosyncrasies** (utilisations de mots par rapport à un contexte, un vécu). D'autres auteurs ajoutent la présence de **troubles du rythme, de l'intonation et du volume de la voix**, d'une **syntaxe immature** et d'une **incapacité à entrer dans un échange de type dialogue**.

Des **signes d'alerte absolue** pour ces troubles ont d'ailleurs été adaptés de Baird et al. (2003) :

- Absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois ;
- Absence de mots à 18 mois ;
- Absence d'association de mots (non-écholaliques) à 24 mois ;
- Perte de langage ou de compétences sociales, quel que soit l'âge.

Baird et al parlent de **perte de langage ou de compétences sociales**. En effet, pour une minorité d'individus avec un trouble du spectre autistique, les parents décrivent un développement normal pendant les premiers 12 à 24 mois, suivi d'une perte des compétences précédemment acquises, un phénomène connu sous le nom de **régression** (Lainhart et al. 2002; Siperstein et Volkmar 2004; Rogers 2004 ; Jones et Campbell 2009). Bien que le langage soit la forme de régression la plus évidente, elle est souvent accompagnée d'une régression plus globale, avec une perte des compétences sociales et de l'intérêt social (Baird et al. 2008; Goldberg et al. 2003).

La régression au niveau de la parole apparaît généralement chez les enfants avec un vocabulaire limité, et est accompagnée d'une perte de la compréhension dans de nombreux cas (Rogers, 2004). La régression apparaît en général dans les 3 premières années.

Au même titre que la régression, un plateau peut également être retrouvé chez ces enfants : au lieu d'une perte des compétences comme dans la régression, les individus qui correspondent à l'appellation « plateau » montrent une stagnation dans le développement (Ozonoff et al. 2005). Apparemment moins fréquent que la régression, la stagnation se retrouverait dans 9,3% des cas d'un échantillon clinique de personnes avec autisme (Siperstein et Volkmar 2004).

Le trouble langagier chez l'enfant autiste est donc à double sens, il est d'une part causé par le **trouble primaire** qu'est l'autisme, qui provoque des difficultés communicationnelles, et par un **trouble secondaire** dû aux autres difficultés de l'enfant autiste. En effet, la qualité émotionnelle des interactions joue le rôle fondamental que l'on sait. **Un trouble des interactions précoces empêchera donc**

l'enfant d'extraire des indices pertinents de ce qu'il voit et entend, et retentira inévitablement sur la sphère linguistique (Soares-Boucaud et al., 2009). Cependant, on ne retrouvera pas de productions langagières déviantes chez l'enfant autiste.

Intéressons-nous maintenant aux pathologies dans lesquelles l'atteinte langagière est directement due à un trouble primaire du langage.

La « triade autistique » se définit par des anomalies au niveau de la communication, des anomalies de l'interaction et la présence de comportements stéréotypés et restreints. On la retrouve chez les enfants appartenant au groupe des Troubles du Spectre Autistique (TSA). Le diagnostic de TSA est posé par un médecin en fonction des critères diagnostiques définis par les classifications des maladies. On observe chez ces enfants l'absence des compétences communicationnelles ayant pour mission de mener au langage, ce qui explique que l'on retrouve souvent un langage retardé voire absent chez les enfants avec TSA.

B. Troubles du langage

1) *De l'aphasie infantile à la dysphasie*

En 1822, Gall décrit des enfants d'intelligence apparemment normale, qui s'expriment avec difficulté, mais semblent bien comprendre (Soares-Boucaud et al., 2009). Un nombre considérable d'études en Angleterre et en France va suivre, tout au long du XIXe siècle. Elles soulignent la **grande pauvreté des productions verbales**, ainsi que **l'intelligence préservée de ces enfants**. Au début du XXe siècle, certains auteurs parlent d'« aphasie infantile », terme remplacé dans les années 1950 par celui d'« aphasie développementale ». Les termes d'« aphasie congénitale » et d'« audimutité » vont également être successivement utilisés. (Ajuriaguerra et al. 1965).

C'est vers 1960 qu'apparaît le terme de « **dysphasie** », qui permet de mieux cerner le fait que **ce trouble ne se caractérise pas par une absence de langage, mais par son utilisation déficitaire**.

La dysphasie est à différencier d'une lésion cérébrale acquise, comme dans l'aphasie de l'adulte. Cela va amener certains auteurs à utiliser le terme de « dysphasie de développement » (Rapin I, Allen DA, 1988)

2) *Specific Language Impairment*

a. Définition

Actuellement, la terminologie « dysphasie » n'est plus guère utilisée dans la littérature anglo-saxonne. Elle a été remplacée par l'appellation « specific language impairment » (SLI) qui est la référence majoritaire des chercheurs (Jakubowicz C., 2003)

Le **Specific Language Impairment (SLI)** se définit comme « **désordre global où les différents aspects de fonctionnement du langage sont altérés** : sur le versant expressif, la phonologie, la morphosyntaxe et la sémantique, et sur le versant réceptif, la compréhension » (Bishop et Edmundson, 1987).

Cette appellation correspond en français, au **Trouble Spécifique du Développement du Langage** (TSDL), décrit dans la CIM-10.

b. Critères diagnostiques

Le DSM-V reprend les critères diagnostiques de SLI, ici traduit par « Trouble du langage ».

Critères diagnostiques du Trouble du langage d'après le DSM-V:

- A. **Difficultés persistantes dans l'acquisition et l'utilisation du langage** dans différentes modalités (i.e. parlé, écrit, langage des signes ou autre) **dues à un déficit en compréhension ou en production qui inclut:**
- a. **Vocabulaire réduit** (connaissance des mots et leur utilisation);
 - b. **Structure de phrases limitée** (grammaire et morphologie);
 - c. **Lacunes en discours** (habiletés à utiliser le vocabulaire et à organiser des phrases pour expliquer ou décrire un sujet ou une série d'événements ou avoir une conversation).
- B. **Les habiletés langagières sont significativement en dessous des attentes pour l'âge** (de manière quantifiable et substantielle), résultant en des limitations fonctionnelles sur le plan de la communication, de la participation sociale, des résultats académiques, de la performance au travail.
- C. **Les symptômes débutent en bas âge.**
- D. **Les difficultés ne sont pas attribuables à une perte auditive ou un autre trouble sensoriel, à une dysfonction motrice ou à une autre condition médicale ou neurologique et ne sont pas mieux expliquées par une déficience intellectuelle ou un retard global de développement.**

3) Trouble Spécifique du Développement du Langage

a. Définition

En se calquant sur la classification américaine, la CIM-10, a choisi le terme de Trouble Spécifique du Développement du Langage [TSDL], qu'elle définit comme des « **troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement** . Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies de l'appareil phonatoire, des troubles sensoriels, un retard mental ou des facteurs de l'environnement »

b. Critères diagnostiques

Trois syndromes sont ainsi décrits dans la CIM-10 :

- **Le trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation** : trouble de développement dans lequel l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal ;
- **Le trouble d'acquisition du langage de type expressif** : trouble de développement dans lequel les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais dans lequel la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner ou non d'une perturbation de l'articulation ;
- **Le trouble d'acquisition du langage de type réceptif** : trouble de développement dans lequel les capacités de l'enfant à comprendre le langage oral sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. En fait, dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement altéré et il existe habituellement des perturbations de l'articulation.

4) *SLI/TSDL : Dysphasie ou Retard de langage*

Ces deux classifications sont très proches de la littérature internationale qui définit sous le terme « **SLI** » **tout trouble du développement du langage oral qui ne serait pas secondaire à une autre pathologie.**

Cette définition tient compte du caractère déficitaire du langage et de l'absence de pathologie primitive pouvant expliquer le déficit, mais **le terme de SLI englobe les troubles développementaux du langage à partir d'un seul critère quantitatif** de différence entre le niveau général de développement et le niveau de développement langagier (Monfort, Juarez Sanchez, 1996). **Il ne permet donc pas de prendre en compte le caractère déviant ou non du langage**, que Menyuk, qui introduit la notion de « **déviance** » en 1964, définit comme « **un développement du langage qualitativement différent du langage normal** ». L'utilisation du terme SLI apparaît donc insuffisante dans les critères diagnostiques.

En France, compte tenu du pronostic et de la prise en charge différents selon que le langage est déviant ou non, il est devenu classique de diviser les troubles spécifiques du développement du langage en deux pathologies (Roustit, 2001) :

- Les dysphasies de développement
- Le retard simple de langage

a. Qu'est-ce que la dysphasie

Beaucoup d'auteurs, à l'image de Gérard (1991), Monfort et Juarez-Sanchez (1996), Billard (2004) ou Leclercq et Leroy (2012), définissent la dysphasie comme un **trouble structurel, primaire, spécifique, durable et sévère du développement du langage oral**.

1. Structurel

Par « structurel », il faut comprendre qu'il **touche la structure innée du langage oral**, c'est-à-dire que l'atteinte se situe au niveau du cadre linguistique (Benais). Les anomalies langagières sont secondaires à un **dysfonctionnement des structures cérébrales spécifiquement mises en jeu lors du traitement de l'information langagière** (Mazeau, 1999), ce qui implique la **permanence du déficit** et non une atteinte du contenu (contrairement au retard simple de langage) résultant d'un mauvais remplissage du cadre et susceptible de s'amender grâce à une optimisation des conditions de stimulation. (D'Alboy A., 2001)

2. Primaire

Par « primaire », il faut comprendre qu'il n'est **pas attribuable à « un déficit auditif, une malformation des organes phonatoires, une insuffisance intellectuelle, une lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, un trouble envahissant du développement ou une carence affective ou éducative grave »** (Gérard 1991).

Cependant, ce diagnostic par exclusion n'est pas sans poser certains problèmes. En effet, comme le signalent Monfort et Juarez Sanchez (1996), certains enfants sourds, ou présentant une infirmité motrice cérébrale, éprouvent des difficultés dans leur développement langagier bien supérieures à certains de leurs condisciples ayant initialement le même type de pathologie et ayant reçu le même type d'éducation et d'aide spécialisée.

Dans une publication récente de l'A.N.A.E., Pierart (2008) précise que « *datant de plusieurs années et devenue classique, cette définition par exclusion, [...] n'empêche plus aujourd'hui d'envisager la possibilité d'une superposition des handicaps* ». Mazeau (1997) élargit donc cette définition en incluant « *les pathologies initiales du langage, survenues très précocement dans le développement et ayant d'emblée interféré avec l'ensemble de la dynamique développementale de l'enfant* » qu'elle nomme « dysphasie lésionnelle » et « *toute dysphasie se manifestant au sein d'un tableau de déficience mentale* » qu'elle nomme « dysphasie relative ».

3. Spécifique

Par « spécifique » il faut comprendre qu'il touche un **domaine précis et isolé** (celui du langage oral), c'est-à-dire que cela implique « *que les fonctions motrices, sensorielles et cognitives non langagières soient conservées ou montrent par rapport au langage une supériorité significative* » (A. Van Hout 1989)

4. Durable

Par « durable » il faut comprendre **débutant dès les premiers stades de la communication et persistant** à des degrés variables **tout au long de l'évolution du sujet.**

5. Sévère

Par « sévère », il faut comprendre **avec un déficit qui est significatif en regard des normes établies pour l'âge.**

La dysphasie est également caractérisée, d'après le Dictionnaire d'orthophonie (2004) par une **structuration déviante, lente et dysharmonieuse de la parole et du langage oral** (au versant de l'expression et/ou de la compréhension), ainsi que par des difficultés de manipulation du code entraînant des **altérations durables dans l'organisation linguistique** à différents niveaux : phonologique, lexical, syntaxique, morphosyntaxique, sémantique et/ou pragmatique. Il existe des **signes spécifiques du langage qui ne sont relevés à aucun moment de l'évolution normale** et ne suivent donc pas les caractéristiques du langage d'un enfant plus jeune. On parle alors de « déviance », en opposition avec un simple « délai » des acquisitions.

b. Dysphasie et déviance

Cette notion de **déviance** est le seul élément qui **permettrait de distinguer précocement le trouble fonctionnel du trouble structurel**. Elle fut remise en cause par certains auteurs, notamment par Léonard (1972), qui signale des déséquilibres quantitatifs dans la fréquence d'utilisation des structures linguistiques et soutient que c'est ce déséquilibre qui rend les sujets atteints d'un trouble du langage différents des sujets normaux alors que leurs séquences de développement phonologique ou d'acquisition des morphèmes sont semblables. Cependant, la très grande majorité des auteurs et des études reprennent cette idée de déviance.

Ainsi, **Gérard (1991) décrit six « marqueurs de déviance »**. Il décrit « *un ensemble de traits formels ou fonctionnels, constants dans les comportements linguistiques des enfants dysphasiques, et qui témoignent de la défaillance des structures cérébrales hiérarchiquement élevées responsables de la manipulation du code verbal et de sa bonne adaptation aux buts de la communication, considéré comme un acte volontaire finalisé* ».

1. Marqueurs de déviance selon Gérard

Le Dr Loic Gérard (1991) définit 6 marqueurs de déviance qu'il observe chez les enfants dysphasiques :

- **Hypospontanéité :**

Elle correspond à un **manque d'incitation verbale**, avec une pauvreté des productions orales souvent réduites à des phrases minimales et une **nette diminution de la fluence verbale** dans les épreuves imposées.

- **Trouble d'évocation lexicale :**

Le lexique passif est meilleur que le lexique actif, on retrouve une **lenteur d'évocation**, un **manque du mot**, des **paraphasies** (sémantiques, phonémiques, verbales) et des **périphrases**, avec parfois une aide par l'ébauche (orale ou contextuelle).

- **Trouble d'encodage syntaxique :** il se traduit par un agrammatisme ou par une dyssyntaxie.

L'agrammatisme s'exprime « *par une relative incapacité à construire des énoncés grammaticalement corrects du type sujet-verbe-complément* ». (Delahaie, 2004)

Il correspond à un défaut de construction grammaticale des phrases avec :

- Diminutions ou disparitions des mots de liaison
- Utilisation incorrecte des accords et des temps
- Verbes employés le plus souvent à l'infinitif.

Il aboutit à un **style télégraphique** par la tendance générale à la **juxtaposition de mots** et à la réduction de leur nombre. Le langage est ainsi parfois réduit à des mots-phrases, mais garde un contenu informatif pour l'interlocuteur, car **les mots noyaux sont conservés**.

La **dyssyntaxie** est la production linguistique pathologique caractérisée par :

- Déstructuration de la construction des phrases : elles n'obéissent plus aux règles de la syntaxe
- Perte des rapports grammaticaux entre les mots
- Emploi de liaisons morphosyntaxiques à mauvais escient (« il n'est pas venu mais il était malade » ou « je venions ») altérant le contenu informatif du message jusqu'à le rendre complètement incompréhensible pour l'interlocuteur.

Contrairement à l'agrammatisme, on a en dyssyntaxie une **production abondante** mais avec une mauvaise informativité.

- **Trouble d'informativité verbale :**

Il s'agit d'une **incapacité à donner des informations pertinentes** malgré une bonne appétence à la communication et une communication non-verbale fonctionnelle. Les récits des sujets dysphasiques sont moins informatifs que ceux de leurs pairs et les réponses sont beaucoup plus vagues (Reed et coll., 2007).

- **Dissociations automatico-volontaires :**

Elles se définissent par une **impossibilité de produire volontairement** dans les domaines praxiques ou phonologiques, **des mouvements possibles en spontané**.

- **Trouble de la compréhension verbale :**

On retrouve une altération des capacités de compréhension et de représentation mentale à partir d'une entrée auditive. On observe notamment des difficultés en compréhension morphosyntaxique pour les phrases longues, les énoncés de structure argumentale complexe ou les énoncés de structures non canoniques (phrases comportant un pronom interrogatif ou une proposition relative objet).

On a également des difficultés pour assigner un référent à un pronom (Van der Lely et Stollwerck, 1997 cités par Maillart, 2012).

De manière générale les enfants dysphasiques présentent des difficultés de compréhension des inférences et des métaphores (Ryder, Leinonen et Schulz, 2008). On peut également identifier parfois des troubles de discrimination des phonèmes ou mots proches acoustiquement et des manipulations phonologiques. L'enfant aura alors un comportement qui rappelle celui d'un enfant sourd (Georges, 2007).

2. Autres marqueurs de dysphasie

A ces marqueurs de déviances définis par Gérard, s'ajoutent d'autres symptômes que nous retrouvons chez les enfants dysphasiques. Tout d'abord, l'anamnèse met souvent en évidence des **antécédents familiaux de troubles du langage** ainsi que des **acquisitions psychomotrices tardives** (Comblain, 2004) et parfois des **troubles praxiques et gnosiques** (Coquet, 2004). On retrouvera aussi généralement un **temps de latence** ainsi qu'un **déficit de la mémoire de travail** (George-Poracchia, & Pech-Georgel, 2007). Enfin, l'enfant dysphasique présentera une réelle gêne vis-à-vis de son trouble. Au niveau de la communication verbale, de nombreux signes indiquant une dysphasie sont repérés dans la littérature.

→ De la parole difficile...

On remarque souvent des **difficultés précoces dans le développement des capacités motrices oro-faciales** (fausses routes, difficulté de passage de l'alimentation solide) ainsi qu'un bavage prolongé. (Comblain, 2004)

De plus, plusieurs études ont montré que les enfants SLI avaient des **difficultés spécifiques en phonologie**, même comparés à des enfants plus jeunes au développement normal (Bortolini & Leonard, 2000; Owen, Dromi & Leonard, 2001; Aguilar-Mediavilla, Sanz-Torrent & Serra-Raventos, 2002).

Ainsi, au niveau de la parole, on retrouve le plus souvent un **trouble de l'intelligibilité** dû à un **trouble des praxies bucco-faciales** et à un **trouble phonologique massif** comprenant des **erreurs spécifiques** (de type complexifications) **et instables**.

Les **complexifications** correspondent à des **altérations phonologiques inhabituelles** consistant en l'ajout de phonèmes ou de syllabes dans le mot. Quant à **l'instabilité des erreurs**, elle signifie que l'enfant fera, sur un même mot, des **erreurs différentes à chaque énonciation**.

On retrouve également des **erreurs sur les voyelles**, qui sont spécifiques des dysphasies. Selon l'étude de Parisse et Maillard (2007), le développement de l'apparition des voyelles est le signe d'alerte le plus efficace d'un développement langagier pathologique chez les enfants français.

On peut aussi retrouver, dans certaines dysphasies, une **aggravation par la répétition**.

Enfin, on parle souvent, dans la dysphasie, d'« **articulation floue** » : les phonèmes produits par l'enfant ne sont ni corrects, ni remplacés par d'autres phonèmes de la langue.

→ ...au langage déficitaire,...

Au niveau du langage, en plus du trouble d'encodage syntaxique, du trouble d'évocation lexicale, des dissociations automatico-volontaires et du trouble de la compréhension verbale, notifié par Gérard, on retrouve :

- Un babil pauvre
- Une hétérogénéité lexicale
- Des persévérations
- Des conduites d'approches (phonémiques et sémantiques) liées au trouble de l'évocation cité dans les critères de déviance
- Des mots vides.
- Des difficultés spécifiques pour l'utilisation de pronoms clitiques (un pronom est dit clitique lorsqu'il ne peut être séparé du verbe auquel il se rattache. C'est le cas des pronoms personnels sujets et compléments.) qui pourraient être associés à des difficultés à traiter des structures non canoniques (Jakubowicz, Nash, Rigaut et Gérard, 1998)
- Plus grande rigidité d'utilisation des structures syntaxiques et moins bonne alternance de la structure des énoncés et des verbes utilisés

L'enfant dysphasique présente notamment une incapacité à déduire les règles syntaxiques, phonologiques et lexicales, avec un simple bain de langage.

Chez les enfants dysphasiques, **la différence entre production et compréhension est significative** dans tous les cas et est presque toujours **en faveur de la compréhension** (Montfort, 2001).

On retrouvera chez les enfants dysphasiques des **marqueurs** qui pourront apparaître lors de certaines épreuves dirigées. Une recherche récente a trouvé des éléments en faveur d'une **mémoire de travail réduite** avec des difficultés de stockage phonologique (Archibald & Gathercole, 2006).

Cette relation apparente entre le déficit de la boucle phonologique et les capacités langagières a mené les chercheurs à suggérer que des tâches comme la **répétition de non-mots** pourraient servir de marqueur pour identifier les enfants avec un trouble du langage (Stokes et al., 2006). La première de ces études fut conduite par Dollaghan et Campbell (1998). Ils trouvèrent que 20 enfants âgés de 7 à 10 ans avec SLI avaient des résultats significativement plus faibles que 20 enfants au développement normal du même âge, sur des non-mots de 3 et 4 syllabes. Une deuxième étude a évalué le pouvoir diagnostique de la répétition de non-mots pour un groupe de 44 enfants avec trouble du langage et 41 enfants du même âge au développement langagier normal. Le test classe les enfants dans la bonne catégorie quasiment à chaque fois (98% de fiabilité).

La recherche avec des enfants parlant anglais a donc montré une différence significative dans les tests de répétition de non-mots entre les enfants SLI et leurs pairs au développement langagier typique, qu'ils soient appariés en fonction de l'âge ou en fonction du niveau de langage. Cependant, selon les probabilités, Ellis Weismer et al. (2000) ont suggéré que **bien que la répétition de non-mots pouvait être utilisée pour aider à identifier les enfants SLI, ce test devrait être utilisé en addition d'autres critères d'identification**. Ces autres critères étant l'utilisation grammaticale des morphèmes et l'utilisation de tests psycholinguistiques (répétition de phrases, répétition immédiate...)

Dans cette optique là, Conti-Ramsden et al. (2001) ont comparé les performances de 160 enfants SLI de 11 ans avec celles de 100 enfants du même âge, en fonction de 4 marqueurs cliniques potentiels : (a) Répétition de non-mots, (b) accord du verbe en fonction du temps, (c) accord du verbe en fonction du sujet, et (d) répétition de phrases. **La répétition de phrases fut la meilleure des tâches pour l'identification des SLI, suivie par la répétition de non-mots**, puis par l'accord du temps du verbe et, enfin, l'accord en fonction du sujet. Dans cette étude, la sensibilité et la spécificité pour la répétition de phrases étaient de 90% et 85%, et pour la répétition de non-mots de 75% et 87%. La répétition de phrases est donc un marqueur de SLI efficace. Conti-Ramsden et al. (2001) suggèrent que la mauvaise performance d'enfants SLI en répétition de phrases pourrait être attribuée à un trouble de la mémoire à court terme, mécanisme commun aux difficultés en répétition de non-mots.

Ces résultats correspondent à d'autres études qui ont permis à plusieurs auteurs d'affirmer que **les tâches de répétition de non-mots et de répétition de phrases pouvaient être considérées comme des marqueurs cliniques de troubles du langage spécifiques**. (e.g., Bishop, North, & Donlan, 1996; Campbell, Dollaghan, Needleman & Janosky, 1997; Conti-Ramsden, Botting, & Faragher, 2001 ; Kamhi, Catts, Mauer, Apel, et Gentry, 1988 ; Gathercole et Baddeley, 1990 ; Marton et Schwartz, 2003)

→ ...une communication préservée

Au niveau communicationnel, l'enfant dysphasique ne présente pas de problèmes particuliers. Petit, il suppléera sa parole avec de nombreux gestes et mimiques, mais en grandissant, il développera l'hypospontanéité définie plus tôt. Il présente parfois un détournement du regard, mais celui-ci est dû à un coût attentionnel trop important et non à une fermeture à l'échange.

Bonifacio et al. remarquent quand même, en 2007, un manque de respect du tour de parole, ainsi qu'un manque d'initiation de la conversation (dû à leur hypospontanéité).

Globalement, dans la dysphasie, le profil psycholinguistique est caractérisé par une **hétérogénéité des performances dans les différents secteurs linguistiques**. (Coquet, 2004). On peut parler de **dissociations intralinguistiques**. Toute langue possède une structure caractérisée par l'emboîtement de modules interdépendants, mais isolables, qui peuvent être spécifiquement perturbés en cas de lésions ou de dysfonctionnements cérébraux. Chacun des trois principaux secteurs linguistiques (la phonologie, le lexique et la syntaxe), peut donc être, chez un même individu, préservé, ou au contraire atteint à des degrés divers : c'est ce qu'on entend par « dissociations intralinguistiques ».

Ces dissociations sont caractéristiques des aphasies et des dysphasies et fondent les différents tableaux cliniques des types de dysphasies. Au contraire, **en cas de retard simple de langage ou lors de troubles envahissants du développement**, on s'attend à ce que l'ensemble du langage soit affecté et **on ne doit pas en principe observer de nettes dissociations entre les structures linguistiques**. Tous les domaines du langage seront affectés de la même manière.

C'est ce que nous allons voir maintenant. Intéressons-nous aux déficits retrouvés chez les enfants présentant un retard de parole – langage.

c. Le retard de parole et de langage

« Un retard est le développement structuré d'une compétence mais plus lent et moins élaboré que chez les individus normaux. Il entre en conflit avec les exigences de délais et de niveau d'acquisition ». (Messerschmitt, 1998, cité par P. Antheunis et al., 2006). Le trouble est dit « fonctionnel » : l'enfant a des difficultés à mettre en marche une compétence linguistique qui existe potentiellement, mais il réagit bien à la stimulation linguistique.

Dans sa revue de littérature, Leonard (1991) conclut que **la syntaxe, la sémantique et la phonologie de l'enfant retardé de langage sont assez semblables à celles d'un enfant plus jeune** fonctionnant à un niveau de développement plus précoce.

Le retard de langage n'est donc ni un déficit spécifique, ni un handicap limité au langage, mais un **déficit associé à un délai dans le développement de bon nombre d'habiletés cognitives** (Leonard, 1979).

Il s'agit donc bien d'un trouble fonctionnel qui ne touche pas la structure même du langage. Il est reconnu qu'un retard de langage diminue avec le temps et réagit de façon très positive à une intervention langagière, **le pronostic est bon** (Georges, 2007).

1. Parole et retard

Le Retard de Langage est souvent associé à un **retard de parole**, défini par Françoise Coquet comme une « **perturbation de la programmation des phonèmes qui composent un mot** ». Il « *est distingué du trouble d'articulation (erreur motrice permanente et systématique de réalisation des phonèmes). Les erreurs rappellent les altérations qui sont normales au cours du développement mais à un âge où elles auraient dû disparaître et sont sensibles aux procédures de facilitation et d'étayage* ». (Coquet, 2004). En effet, le système articulaire de l'enfant est en général complet : ce n'est pas la réalisation du phonème isolé qui pose problème, mais celle dans une syllabe ou dans un mot. Néanmoins, un trouble articulaire peut s'ajouter au retard de parole.

Comme dans la dysphasie, on pourra retrouver, au niveau de la parole, une **inintelligibilité**, mais les difficultés phonologiques consisteront cette fois en des simplifications, des transformations ou des erreurs de segmentation.

Françoise Coquet explique que la phonologie est empreinte d'immaturité mais que les erreurs sont corrigées avec la mise en place de moyens de facilitation.

2. Langage et retard

Au niveau du développement langagier, on note un **retard à l'apparition des premiers mots** (Soares-Boucaud et al., 2009). L'enfant suivra le cours normal du développement mais avec un retard plus ou moins important qui s'exprimera sur différents aspects :

- Le **lexique** se caractérise par un manque d'étendue, de diversité et de précision et l'acquisition des nouveaux mots est assez lente.
- La **compréhension** des concepts **spatio-temporels**, de **topologie** et **abstraites** pose souvent problème.
- Les mots sont habituellement utilisés dans une extension de sens restreinte, en **sur-généralisation** ou en **sous-généralisation**.

- La **syntaxe** est marquée par des maladroites qui appartiennent au répertoire infantin, avec notamment une différenciation retardée des articles et des pronoms ainsi que des difficultés à employer des flexions verbales et à complexifier les phrases. Cependant l'ordre des morphèmes grammaticaux reste le même malgré une apparition tardive (Jakubowicz et Nash, 2001).
- La **compréhension est préservée**, cependant l'appréhension fine des énoncés longs et/ou à structure complexe, des consignes doubles ou triples, des situations de mise en relation pose problème et se développe lentement.
- Il existe des « **difficultés pour différencier précisément les contenus sémantiques** comme *agent/patient, localisation, causalité/conséquence* ». (Coquet, 2004).
- Les **erreurs** sont **sensibles aux processus de facilitation et à l'étayage** de l'adulte. (Ajuriagerra, Borel-Maisonny et Diatkine, 1958)

On pourra également noter chez ces enfants une immaturité comportementale, avec, en général, un développement psychomoteur normal pouvant toutefois présenter une immaturité (retard de latéralisation et de schéma corporel).

La dysphasie pose souvent des **problèmes délicats de diagnostic différentiel**, le diagnostic différentiel entre trouble envahissant du développement et TSDL étant celui qui pose le plus de problèmes, **notamment chez le très jeune enfant**, du fait de sa relative fréquence, de la difficulté de ces diagnostics, et de l'âge relativement tardif auquel on peut aboutir à un diagnostic de certitude. De nombreux enfants dysphasiques présentent des troubles du comportement, des difficultés pour entrer en relation avec les autres enfants ou encore des difficultés de structuration de leur personnalité. La question est de savoir **si ces troubles sont à l'origine du trouble langagier ou si l'enfant se trouve dans l'incapacité de construire des relations adaptées avec son entourage du fait des difficultés langagières**. Il n'est pas toujours évident de trancher cette question diagnostique, surtout chez le jeune enfant, **tant les troubles langagiers et relationnels peuvent être intriqués**. (Soares-Boucaud et al., 2009)

Lors d'une rencontre avec un enfant présentant un trouble, quel qu'il soit, l'orthophoniste se doit donc de faire **un bilan orthophonique**, bilan qui mènera à la **pose** éventuelle **d'un diagnostic orthophonique** et à la mise en place, si nécessaire, d'un **projet thérapeutique adapté**. Regardons maintenant sur quels principes se base cette évaluation du langage et de la communication.

La dysphasie est définie dans la littérature comme un trouble structurel, primaire, spécifique, durable et sévère du développement du langage oral. Contrairement au retard de langage, elle se caractérise par une utilisation déviante du langage qui se traduit par des « marqueurs de déviations » relevés par les différents auteurs. Cependant, comme le retard de langage, la dysphasie se limite au langage et ne constitue aucunement un trouble de la communication. Le retard de langage, quant à lui, correspond à une acquisition du langage plus tardive que la norme mais respectant la chronologie habituelle.

III. Evaluation du langage et de la communication : le bilan orthophonique

A. Définition

« L'évaluation en orthophonie, est le moyen de connaître la nature et le degré de déficience, d'incapacité, de dépendance mais aussi de compétence chez un individu » (Marchal et al. 2006).

Françoise Coquet (2002) explique que « la rencontre avec l'orthophoniste lors du bilan part d'une demande qui est formulée suite à un problème, une difficulté rencontrée qui fait l'objet d'une plainte et d'une recherche de solution. **Il s'agit pour l'orthophoniste d'objectiver la plainte dans le champ de la pathologie du langage.** »

Le Ministère de la santé stipule que « Le bilan orthophonique précise le **type de trouble** du langage et sa **gravité**, en évaluant à la fois l'aspect expressif (phonologie, vocabulaire, morphosyntaxe et récit), réceptif (perception et compréhension) et pragmatique (emploi du langage dans les interactions sociales et familiales) du langage. Il permet de préciser les **déficits** et leurs domaines, les **potentialités** conservées, la **répercussion** du trouble du langage et les **potentialités d'évolution** de l'enfant. Il précise les indications et modalités du traitement orthophonique. » (ANAES, 2001)

Pour Pierart, ce diagnostic ne répond pas seulement à des **critères de normes** mais également à des **critères qualitatifs** (Pierart, 2006).

On évalue dans sa globalité le sujet, suivant différentes étapes (Coquet, 2002) :

- Faire un **bilan** d'ensemble de ce que le sujet est **capable de faire**.
- **Repérer les difficultés et déficits**, en découvrir l'origine, en étudier les répercussions sur l'autonomie, la communication, le langage et les apprentissages.
- **Proposer une orientation** : indication d'examen complémentaire, action d'accompagnement parental ou de surveillance, décision de prise en charge.
- Définir si besoin un **projet thérapeutique** en établissant une progression selon des objectifs précis. Le projet devra être adapté à la personnalité du sujet, à son âge, à sa pathologie et à ses potentialités, et tenir compte de la demande et de l'implication de l'entourage.

« *L'évaluation en orthophonie, est le moyen de connaître la nature et le degré de déficience, d'incapacité, de dépendance mais aussi de compétence chez un individu* » (Marchal et al. 2006). Ce bilan, indispensable pour l'orthophoniste, est exigé par notre décret de compétences et permet de répertorier les difficultés, de poser, si possible, un diagnostic orthophonique, et d'établir un projet thérapeutique lorsque celui-ci est nécessaire.

B. Modes d'évaluation

Le bilan orthophonique dépend de la compétence des orthophonistes depuis 1983. Le dictionnaire d'orthophonie (2004) le définit comme « *l'acte initial indispensable à toute décision thérapeutique, qui permet à l'orthophoniste, à l'aide d'un **entretien** (observation, écoute du patient et de son entourage familial) et de **l'anamnèse** et au moyen **d'épreuves et d'outils d'évaluation** (tests) de poser le diagnostic d'un trouble[...] et de juger de la nécessité immédiate ou différée d'une rééducation. Le bilan orthophonique permet par ailleurs d'établir le ou les objectifs de la rééducation, un plan de rééducation en rapport étroit avec les résultats de l'évaluation et en accord avec les demandes du prescripteur, du patient et/ou de son entourage.* »

Cette définition marque bien l'existence de **plusieurs modes d'évaluation au sein du bilan.**

Françoise Coquet reprend cette notion en détaillant les 3 modalités d'évaluation possibles pour le bilan de langage oral (2002) :

- Une **observation dite « naturelle »** permettant un relevé (manuscrit, audio, vidéo) des comportements et des productions spontanés ;
- Une **observation semi dirigée** à l'aide d'une situation ou d'un matériel standardisés permettant des inductions pour faire émerger un certain type de réponses ;
- Des **épreuves de tests** qui ciblent un domaine spécifique ou des batteries de tests qui déterminent un profil global.

L'évaluation doit permettre :

- Une **appréciation qualitative et quantitative en référence à une norme chiffrée ou à une norme sociale** ;
- L'**élaboration d'hypothèses diagnostiques** en cas de trouble : l'évaluation en langage oral doit permettre de préciser la spécificité ou non du trouble, le type de trouble et le degré de sévérité ;
- Des **procédures de réévaluation** (pour estimer une progression, pour décider de l'arrêt d'une prise en charge...)
- Des études transversales et longitudinales par **croisement de données comparables et standardisées** (pour harmoniser les pratiques).

L'analyse des données recueillies peut être menée selon différents axes :

1) *Analyse en terme de « connaissances » : analyse quantitative*

- ➔ Relevé (prise de notes, enregistrement audio ou vidéo) de ce qui est compris ou produit (mots compris, utilisés, comportements...) de façon à constituer un « répertoire » ;
- ➔ Liste à cocher en termes de « oui »/ « non », « présent » / « absent » ou « acquis »/« non acquis »/ « en cours d'acquisition » ;
- ➔ Calcul d'un nombre (rapporté à un total éventuellement) de choses connues, de comportements utilisés...
- ➔ Calcul d'un pourcentage d'erreurs ou de bonnes réponses ;
- ➔ Mesure d'empan, de temps de réponse.

2) *Analyse en termes de « comportements » ou de « stratégies » : analyse qualitative*

- ➔ Description des comportements ou stratégies observés (nature, qualité ...)
- ➔ Appréciation en termes d' « adéquation »/ « inadéquation » à la situation, à la tâche, à l'interlocuteur, au message linguistique, aux objectifs / fonctions du langage...

La détection précoce des troubles chez le très jeune enfant ou enfant sans langage se heurte souvent à un manque d'outils adaptés. Pour pallier ce manque, les praticiens font notamment appel aux **comptes rendus parentaux d'évaluation du développement langagier**.

3) *Analyse en terme de « performances » : analyse statistique*

Le plus souvent, **l'analyse statistique se fait en référence à une norme établie par rapport à un étalonnage réalisé sur un échantillon de population témoin d'une même classe d'âge, d'un même niveau de développement ou d'un même niveau scolaire ou professionnel**

Le score du sujet se calcule grâce aux différents tests que va utiliser l'orthophoniste. Le Ministère de la Santé précise, dans son rapport du 1er octobre 2005, que **la qualité du repérage, du dépistage et du diagnostic des troubles du langage dépend de la validité des tests utilisés.** (DGS, 2005)

Un test est considéré valide lorsqu'il répond à 6 qualités principales : la **fidélité** (ou reproductibilité), la **sensibilité**, la **validité**, la **standardisation** et la **normalisation**. Le Ministère de la Santé précise que « des épreuves étalonnées dans la population générale permettent la réalisation de ces bilans orthophoniques. » (ANAES, 2001).

Les tests ont pour finalité le recueil d'informations dans des conditions standardisées et leur comparaison à des valeurs de référence. Dans le cas des tests de langage, les valeurs de référence auxquelles comparer les performances des sujets examinés sont déterminées sur la base de **performances moyennes d'un échantillon de la population de référence**, habituellement qualifié d'**échantillon d'étalonnage** (Pierart et Estienne, 2006)

Pour des raisons de lisibilité et de comparaison, les normes des tests de langage sont rarement exprimées en note brute. Les notes obtenues aux tests sont d'habitude transformées selon divers types de graduations conventionnelles. Les transformations les plus fréquentes sont en **niveau d'âge**, en **percentiles** et en **notes standardisées**.

Quand on parle de **niveau d'âge**, on établit la **note moyenne pour les enfants d'un certain âge**. On pourra par exemple dire d'un enfant de 5 ans qu'il a le lexique d'un enfant de 2 ans.

Pour les **percentiles**, la distribution des notes des sujets d'une tranche d'âge donnée est découpée en **intervalles contenant chacun 1% des sujets**. Les notes brutes peuvent alors être mises en correspondance avec les bornes supérieures des différents intervalles. Si par exemple la note de 49 points correspond au percentile 80, cela signifie que 80% de la population de cet âge obtient une note inférieure à 49 points au test en question.

Enfin, pour les **normes ou notes standard**, les notes brutes sont transformées en fonction de leur **distance par rapport à la moyenne**, celle-ci étant mesurée en unité d'**écart type**. Alors que depuis longtemps, le **seuil de pathologie** se situe à $-2ET$, ce phénomène évolue, les recherches ayant maintenant tendance à considérer comme pathologique **tout score situé au-dessous de $-1,65ET$** . Un débat devra probablement s'ouvrir sur la notion du seuil déterminant la pathologie et sur ses indicateurs, afin de permettre une uniformité tant au niveau de la clinique que de la recherche.

Cependant, si la référence à des normes est indispensable, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats. Le développement du langage se réalise principalement de manière informelle et il est sensible à de multiples variables. La corrélation entre l'âge et le développement des compétences verbales n'est pas strictement parallèle, le langage passe par des stades d'accélération et de paliers alors que l'âge évolue de manière constante (Grégoire, 2006).

Attention également, l'interprétation des performances d'un enfant à un test de langage ne se résume pas à le placer selon la distribution des résultats d'un groupe contrôle ; l'approche différentielle décrite précédemment permet d'**analyser les résultats d'un enfant selon son profil cognitif**. Ainsi des notes globalement homogènes à une batterie de langage n'évoquent pas le même profil cognitif que des résultats peu homogènes et/ou dissociés. De plus, il apparaît évident qu'il ne faut pas oublier dans toute interprétation de performances à des tests psychométriques, la dimension relationnelle et le choix ou l'impossibilité du sujet à s'adapter à une demande normée d'évaluation. (Leloup, 2007)

C. Des données quantitatives à l'analyse clinique

1) *Observations cliniques et grilles d'évaluation*

Le terme de bilan est trop souvent compris de manière restrictive, comme l'application d'un ensemble de tests. **L'exploitation des seules données chiffrées ne saurait situer le sujet testé que par rapport à ses pairs** et à une moyenne statistique normée : une éventuelle pathologie apparaîtra en termes de nombre d'écart-types. Mais **si ces scores permettent d'établir l'éventuelle présence d'une pathologie, ils ne sont que peu utiles dans la mission de diagnostic différentiel** (Pierart et Estienne, 2006).

L'observation clinique se fera donc tout au long de l'évaluation mais aussi hors du lieu de l'évaluation. Dans un premier temps, il conviendra d'**observer les réactions du sujet** face à la tâche proposée. Dans un deuxième temps, les observations porteront sur les **réactions**, les **attitudes** et les **comportements** du sujet en cours d'examen.

Le clinicien observera les **stratégies utilisées** par le sujet dans les manipulations d'objets, les **activités de jeu** et les **interactions** avec le praticien.

L'évaluation descriptive fournit une description de la sémiologie des troubles en référence à des **grilles qualitatives** d'une part, aux **connaissances théoriques de l'examineur** d'autre part. Sur la base de tableaux sémiologiques ainsi constitués, l'évaluation descriptive permet de proposer un étiquetage des troubles voire des hypothèses étiologiques.

Mais l'évaluation du langage pathologique ne peut se limiter aux aspects formels du langage, elle **doit aussi prendre en compte la communication de l'enfant qu'elle soit verbale ou non-verbale**. Cette observation doit permettre d'évaluer les capacités de compensation actuelles et en devenir, les relations entre les activités cognitives transversales (attention, mémoire, raisonnement) et le désir propre à chacun de communiquer.

Une idée actuellement débattue défend qu'il ne s'agisse pas seulement d'opposer compétence et performance linguistiques, mais aussi de reconnaître les capacités non linguistiques du locuteur (Forest, 2005).

Il existe plusieurs raisons aux difficultés d'évaluation de la dimension pragmatique du langage. D'une part, il est souvent **compliqué d'établir une norme pour un élément pragmatique** déterminé étant donné qu'il existe une plus grande variabilité sociale de ce qui peut être considéré ou non comme « normal » par rapport aux autres aspects du langage, comme la parole ou la syntaxe. D'autre part, **nous ne disposons pas encore d'une description suffisamment détaillée du développement normal des habiletés pragmatiques en langage chez l'enfant.** (Le Normand, 2007)

C'est pourquoi l'on utilise souvent des **grilles remplies par l'entourage ou par le professionnel**, notamment chez le jeune enfant.

2) *Le déroulement du bilan*

(30) Comme le rappelle Gille Leloup (2007), certains critères méthodologiques du bilan en général et du langage oral en particulier, sont aujourd'hui bien définis. Les conduites d'évaluation doivent débiter par une **anamnèse** bien conduite avec le motif de la plainte de l'enfant ou de l'entourage comme point de départ, et **l'utilisation d'épreuves standardisées ou qualitatives**.

Paula Dei Cas (2007) nous parle de la pratique du bilan de langage oral chez l'enfant en cabinet libéral : « *Dans un premier temps nous allons utiliser nos propres ressources, ce que nous connaissons du développement et de la pathologie pour entrer en discussion et peu à peu élaborer l'anamnèse avec la famille et l'enfant. Dans un second temps, en général, nous utilisons le matériel d'évaluation, pour un screening de départ. Puis, nous avons recours à des tests plus ciblés en fonction des difficultés notées lors de la première phase. Il faut une rencontre, parfois deux ou trois, pour établir un diagnostic ou pour définir une orientation de prise en charge.* »

D. Diagnostic orthophonique

Si le décret de compétences de 1983 stipule que **l'orthophoniste est habilité à réaliser le bilan**, il faudra attendre celui de 2002 pour que la notion de « **diagnostic orthophonique** » apparaisse : « *Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique* ».

Mais **ce diagnostic peut parfois s'avérer complexe à poser**. Ainsi, un enfant présentant à première vue les mêmes symptômes n'aura pas forcément la même pathologie. Comme nous l'avons vu plus tôt, un trouble important du langage chez un jeune enfant pourra être caractérisé de trouble primaire (retard de langage ou dysphasie) ou de trouble secondaire (trouble du langage lié par exemple à un trouble de la communication). Et une fois cette distinction réalisée, il restera à déterminer, dans l'éventualité d'un trouble primaire, si celui-ci est un trouble structurel (dysphasie) ou un trouble fonctionnel (retard).

La complexité d'une démarche de bilan est donc de **relier les informations entre elles** et d'**inférer des hypothèses diagnostiques**. Il s'agit de **répertorier les indices** ou les éléments qui permettront de décider du caractère spécifique d'un trouble ou au contraire d'un retard de développement non pathogène. Pour que cette démarche soit valide, nous avons vu qu'il était nécessaire de faire une référence à la norme développementale mais qu'il fallait aussi détecter dans le profil de l'enfant tout signe de dissociations. **Les seuls écarts à la norme** déterminant un profil de réussite aux différentes épreuves - certes nécessaires – **peuvent nous paraître dorénavant insuffisants pour porter un diagnostic précis de retard ou de trouble**.

Comme l'explique Jacques Roustit (2007) « *Pratiquer un bilan de langage [...] c'est développer une intuition clinique fondée sur des données d'observation que notre expérience de praticien est en capacité d'objectiver. Malgré une certaine universalité de mise en place des processus langagiers, de la similitude des étapes respectives, chaque être a son histoire, ses sensibilités propres, son capital biogénétique, ses vécus familiaux, sociaux, culturels et psychiques. Chaque être est singulier, comme l'est son langage. C'est en ce sens que **quantification et observation qualitative sont indissociables**. Elles répondent aux besoins spécifiques des thérapeutes du langage et de la communication que sont les orthophonistes.* »

Pour conclure sur le bilan orthophonique, nous citerons Paula Dei Cas (2007), orthophoniste en libéral, qui confie : « *Le bilan est la clé de voûte de notre intervention : c'est par lui que nous justifions notre prise en charge. En tant que cliniciens, nous basons nos orientations et nos objectifs de rééducation sur ses résultats. Le médecin prescripteur attend de notre part des conclusions, un diagnostic orthophonique et parfois des conseils pour d'autres bilans complémentaires. Le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie souhaite pouvoir suivre l'évolution du patient pour lequel il a accordé une prise en charge pour un certain nombre de séances. L'enfant et sa famille, enfin, principalement concernés, attendent et méritent de nous un compte rendu clair et précis des difficultés et des compétences du patient.* »

Le bilan orthophonique comprend plusieurs modes d'évaluation, il rassemble observation clinique et épreuves normées afin d'être le plus exhaustif possible. Il peut s'établir à travers des grilles, des bilans ou tests, et donne lieu à un compte-rendu écrit. Ces tests nous permettent de mesurer un score en âge de développement, percentiles ou écarts-types, afin de déterminer de manière objective si le sujet se trouve en deçà du seuil pathologique. Ainsi, l'évaluation normée assure au professionnel une certaine objectivité, tandis que l'évaluation qualitative lui donne des informations supplémentaires pour s'adapter au patient.

IV. Diagnostic précoce

George Miller (1959) explique que « *La communication, quand elle a lieu, est un événement social. La diffusion d'informations dans un groupe d'individus est un des événements sociaux les plus importants qui puissent exister.* » Ne pas se faire comprendre dans l'expression de ses besoins, de ses désirs, de ses inquiétudes et ne pas comprendre ce qui est dit peut être très perturbant pour l'enfant souffrant d'un trouble du langage ou d'un trouble de la communication.

A. De l'intérêt du diagnostic précoce

1) *Troubles de la communication*

Léo Kanner est le premier à définir comme inné le syndrome autistique, précisant qu' « *il existe **d'emblée** un repli autistique extrême* » et que « *nous devons supposer que **ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à établir le contact affectif habituel*** » (Rousseau, 2008). Si de nombreuses théories ont depuis été étudiées concernant l'étiologie de l'autisme, un fait demeurant aujourd'hui certain nous est rappelé par le Dr Catherine Milcent (2001), pédopsychiatre et parent d'un enfant autiste « *Il est désormais reconnu que l'autisme provient d'un défaut d'équipement neurobiologique. **Il entraîne un handicap dévastateur s'il n'est pas rééduqué rapidement et intensivement.*** »

Ainsi, l'**identification précoce** des enfants avec TSA est devenue une **priorité nationale** depuis que de nombreuses études ont établi que **les troubles associés aux TSA peuvent être améliorés grâce à une prise en charge adaptée, intensive et précoce**. (Lord C, McGee JP, 2001. Dawson et al. 2010 ; Valicenti-McDermott et al. 2012)

Rogé (2001) ajoute que certaines études ont montré « ***une accélération significative du rythme de développement, avec des gains substantiels au niveau du QI, des progrès au niveau du langage, des comportements sociaux significativement améliorés et une diminution des signes d'autisme chez les enfants pris en charge précocement et de manière intensive*** ».

Elle pointe en outre l'intérêt de la **plasticité cérébrale** : « *Le repérage précoce des troubles représente un enjeu de taille puisqu'il ouvre des perspectives de prise en charge à un âge où certains processus de développement peuvent encore être modifiés* ».

Lord (cité par Wood et Eliez, 2010), quant à lui, affirme la « **possibilité d'identifier le trouble à un âge très précoce** [...] *quand les symptômes sont clairs et le clinicien expérimenté* ». Selon lui, « *l'autisme peut être diagnostiqué de façon sûre chez des enfants dès 12 mois* ».

En effet, les troubles de la communication sont généralement un facteur de **grande inquiétude chez les parents**, et le **manque de langage développé** est souvent un des premiers facteurs d'avertissement pour ce trouble (McCleery et al., 2006).

Le **déficit de l'attention conjointe** est également un des marqueurs de TSA les plus précoces, il apparaît souvent vers 12 mois. Des études prospectives sur des enfants à risques de TSA ont prouvé la présence d'une attention conjointe déficitaire avant le 1er anniversaire. Une étude de suivi du regard par Chawarska et al. (2013) reporte également ce type de troubles chez des enfants de 6 mois qui furent plus tard diagnostiqués autistes.

Howlin (2010) signale cependant que « *les enfants concernés ne sont malheureusement pas diagnostiqués, en moyenne, avant l'âge de 3 ans* ».

Pourtant, le plus souvent, **les parents sont capables d'exprimer leur inquiétude alors même que l'enfant est encore tout jeune**. Mais ces inquiétudes précèdent généralement de plusieurs mois voire de plusieurs années la pose d'un réel diagnostic.

Bien sûr, le diagnostic de TSA peut paraître traumatisant pour des parents, ce qui explique la précaution exigée pour la pose de ce type de diagnostic. Cependant, on retrouve en fait régulièrement un soulagement chez ces parents qui reconnaissaient déjà les différences de leur enfant, **l'annonce d'un diagnostic précis leur ouvrant la voie à la mise en place d'adaptations et de prises en charge pour l'enfant et pour sa famille**.

Les modes d'adaptation parentale apparaissent dans les études comme étant un important modérateur de stress chez les parents d'enfants TSA. L'absence de ces modes d'adaptation mène à des résultats négatifs comme la dépression, l'isolement et les problèmes conjugaux. On peut donc affirmer que **les parents bénéficient de la précocité du diagnostic**, surtout quand le délai entre les premières suspicions des parents et le moment où ils reçoivent le diagnostic définitif de TSA est court (Renty, Roeyers, 2006). D'ailleurs, cette étude montre que la majorité des parents n'ont pu accepter la pathologie de leur enfant que peu après la pose du diagnostic de TSA.

2) *Troubles du langage*

Dès mars 1999, le Haut Comité de Santé Publique soulignait la problématique du diagnostic et de la prise en charge des troubles spécifiques du langage chez l'enfant. **L'amélioration de ce dépistage et de cette prise en charge a été réaffirmée comme une priorité d'action par la loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique. Le rapport du 1er octobre 2005 stipule que « *La prise en charge précoce des troubles du langage oral et écrit **constitue un enjeu majeur de santé publique** car les conséquences de ces troubles dans la vie quotidienne des enfants puis des adultes, sur l'insertion scolaire puis professionnelle peuvent être prévenues ou atténuées par des prises en charge précoces adaptées.* »

Les avancées en recherche nous incitent effectivement à intervenir tôt et tendent à valider **l'effet d'une prise en charge précoce écologique**. Il est maintenant admis dans la communauté scientifique que **la période 0 à 6 ans constitue une période faste pour le développement du langage**. Plus on s'éloignerait de ce que Michèle Mazeau nomme « *cette fenêtre temporelle* », plus les apprentissages seraient coûteux, d'où l'intérêt d'intervenir tôt.

Mais si l'on sait aujourd'hui l'enjeu d'un enfant diagnostiqué jeune, la détection précoce de la dysphasie reste à ce jour délicate et souvent repoussée par les professionnels. La suspicion peut avoir lieu relativement tôt, mais le diagnostic différentiel (par rapport aux autres troubles de l'élaboration du langage, et notamment par rapport aux retards de langage), n'est en fait, dans la plupart des cas,

définitivement posé que vers l'âge de six ans, alors même que les problèmes de communication qu'entraîne ce trouble grave mettent l'enfant dysphasique en difficultés à la fois sur le plan familial, scolaire et social bien avant cet âge (Dictionnaire d'orthophonie, 2004)

a. Impacts du trouble sur la vie de l'enfant

Malgré le succès du terme « trouble spécifique du langage », il faut tout de même exprimer certaines réserves en ce qui concerne le qualificatif « spécifique ». Quand il s'agit d'un trouble grave et durable de l'acquisition du langage et que l'on sait l'importance du code linguistique pour le développement cognitif, affectif, social et instrumental, il est difficile d'imaginer que l'on puisse envisager le cas d'un enfant dont le langage serait absent ou extrêmement réduit et qui ne présenterait aucune autre difficulté, ne fût-ce que comme conséquence de cette situation d'incommunicabilité. L'absence d'habiletés interactives conformes aux besoins de l'enfant aura nécessairement des répercussions qui devront être prises en considération. Intéressons-nous à ces répercussions (Rousseau, 2008).

1. Impacts sur le comportement

Selon Touzin (2004), alors qu'il est dans un désir de communication, l'enfant dysphasique sera rapidement malheureux, voire irritable et agressif face aux situations de communication qu'il ne maîtrise pas.

La frustration de ne pouvoir exprimer ses désirs et ses besoins poussera l'enfant à extérioriser ses émotions négatives à travers ce que nous percevons comme des « troubles du comportement ».

Ses relations avec autrui peuvent être altérées, et le regard des autres fait d'incompréhension et parfois de jugement négatif renforcera ces comportements.

De plus, l'échec scolaire chez un enfant intelligent représente un risque majeur de dépression et de désadaptation sociale.

2. Impacts sur la famille et sur les relations

Les conséquences d'un trouble du langage vont au-delà de l'aspect interne de l'individu : celui-ci aura également des conséquences sur la sphère sociale de l'enfant.

Comme le soulignent Redmond et Rice en 1998 (cités par De Weck et Rosat, 2003), les enfants dysphasiques ont plus de difficultés pour s'adapter socialement à cause de leurs difficultés verbales. Pour cela, ils subissent davantage de jugements négatifs de la part de l'entourage. **La présence d'un trouble grave du développement du langage provoque des changements et des réactions dans les réponses de leur entourage**, ce qui ajoute un aspect en quelque sorte « exogène » à la nature intrinsèque des troubles dysphasiques (Gatignol, Topouzkhian, Rousseau, 2013).

Une étude québécoise portant sur une vingtaine de familles d'enfants dysphasiques, âgés de 3 à 18 ans, a mis en évidence les perturbations des habitudes de vie de la famille et de l'enfant. Au-delà du problème spécifique de langage et de communication, la dysphasie vient perturber les relations parent/enfant, les relations de couple, et rejait sur les liens avec l'entourage (Michallet B, Boudreault P, Théolis M, Lamirande K., 2004).

3. Impacts sur le langage écrit

Les recherches des dernières décennies indiquent qu'il **existe une importante continuité entre l'oral et l'écrit** (Soares-Boucaud et al., 2009). Les liens étroits entre la conscience phonologique, la mémoire verbale et la maîtrise du langage écrit sont bien connus. Mais les compétences lexicales, grammaticales, sémantiques du sujet, particulièrement touchées dans la dysphasie, contribuent également à l'acquisition de la maîtrise du langage écrit. (Zesiger P, Brun M, Nanchen T., 2004)

Touzin et Vaivre-Douret (1999), affirment que les enfants présentant un trouble du langage oral ont un risque beaucoup plus important de développer un trouble d'apprentissage : elles évoquent une étude de Barkley (1981) qui montre que 60% des enfants avec trouble du langage écrit ont également un trouble du langage oral.

Elles citent également une étude d'Aram et Nation réalisée en 1980 qui révèle que sur 63 enfants en âge préscolaire présentant un retard de langage 40% sera sous la moyenne de leur âge en lecture 5 ans plus tard.

Les signes d'appel sont d'ailleurs parfois le trouble de la lecture et l'échec scolaire, le trouble sévère du langage oral n'ayant jamais été pris en compte précédemment. Le diagnostic est alors fait très tardivement.

Une étude longitudinale (effectuée à l'hôpital Robert Debré à Paris, sur une cohorte de 240 patients (183 garçons, 57 filles), âgés de 3 ans 5 mois à 31 ans, permet de se représenter le cursus standard de l'élève dysphasique en France : l'âge moyen du diagnostic se situe à 6 ans 7 mois (Franc S, Gérard CL., 2003).

Pourtant, **le risque évolutif majeur, en l'absence de dépistage et de traitement**, outre la persistance des difficultés d'oralisation, **est l'évolution vers une dyslexie sévère et un illettrisme**. Il existe une spirale dysphasie-troubles sévères du langage écrit-illettrisme. Une étude sur une cohorte d'enfants diagnostiqués à 5 ans et demi et suivis jusqu'à 8 ans montre que la majorité des dysphasiques sont à 8 ans de mauvais lecteurs, contrairement à 25 % des enfants porteurs de retards de langage simples et 7 % des anciens prématurés (Billard, 2004). Cette évolution fréquente

vers une pathologie du langage écrit conditionne le déroulement de la scolarité et l'insertion professionnelle qui deviennent alors un parcours semé d'embûches.

4. Impacts sur la scolarité

Au-delà de cet impact sur le langage écrit, un trouble du langage non diagnostiqué aura également des conséquences sur la scolarité de l'enfant au sens propre. Ainsi, la mise en place d'un **Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)** ou la présence d'une **Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)** seront **conditionnées par la pose d'un diagnostic** afin d'obtenir une reconnaissance de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

De plus, les adaptations mises en place doivent être adaptées au trouble, ce qui nécessite la connaissance dudit trouble. Ainsi, si un maintien en maternelle est parfois judicieux pour un enfant avec un retard de langage important, il semblerait que cette option ne soit pas conseillée en cas de dysphasie, l'année supplémentaire ne pouvant être suffisante à la réhabilitation du langage.

Un diagnostic précoce aura donc pour enjeu de minimiser au maximum les différents impacts du troubles du langage sur la vie de l'enfant, mais il permettra également une prise en charge précoce adaptée aux besoins de cet enfant.

Le diagnostic de dysphasie étant un **diagnostic définitif**, de nombreux professionnels sont **réticents à le poser précocement**, de peur d'enfermer un enfant dans sa pathologie et de réduire ainsi ses perspectives d'avenir. Le rapport IGAS-IGEN de janvier 2002 contredit cette théorie en soulignant que **la méconnaissance des troubles peut avoir des conséquences plus graves que les dangers d'une stigmatisation précoce.**

b. Intérêt d'une prise en charge précoce

Contrairement au retard de langage, l'évolution spontanée d'une dysphasie n'est pas favorable et nécessite souvent des **adaptations**.

« *L'utilisation de codes augmentatifs de la communication s'impose très tôt chez tout enfant dysphasique restant inintelligible...* » (Billard, 2004) La prise en charge précoce aura donc pour intérêt de mettre en place des **moyens de compensation** permettant à l'enfant de rester dans la communication tout en améliorant parallèlement son langage.

Mais, en plus de ces adaptations et de la rééducation mise en place, la prise en charge précoce comprendra de **l'accompagnement familial**.

Ainsi, une étude longitudinale a été menée par Sally Ward (1999) auprès d'une population de 122 enfants (de 8 à 21 mois au début de l'étude) présentant un retard de langage :

L'étude était présentée aux parents comme une approche de stimulation du langage pouvant être bénéfique à tous les enfants. Suite au bilan, le programme fut expliqué et démontré lors de visites à domicile (pour un total moyen de 144 minutes d'intervention orthophonique par enfant). Le contenu s'apparentait à ce que l'on peut retrouver dans des programmes parentaux mais de façon ajustée aux besoins de chaque enfant. Lors d'un retour, la grande majorité des parents a dit accorder environ 20 minutes par jour à des sessions de stimulation du langage dans le jeu et 5 à 10 minutes par jour à d'autres activités suggérées. Les résultats obtenus sont percutants : À trois ans, 85 % des enfants du groupe contrôle (avec retard de langage et sans intervention) présentaient toujours un retard de langage, tandis que seulement 5 % des enfants du groupe expérimental (RL+intervention) en présentaient un. On peut conclure qu'**une intervention écologique précoce et ciblée peut prévenir l'installation d'un retard de langage à trois ans. Dans le cadre d'une dysphasie, on pourrait s'attendre à une atténuation de ses manifestations**. Ce type de recherche alimente la tendance actuelle du concept d'une **période sensible** dans laquelle une intervention légère mais bien ajustée aux besoins de l'enfant aurait un grand impact. C'est le but de l'accompagnement familial précoce comme nous le concevons.

*« Malgré les difficultés, le diagnostic précoce est important à porter. Parce qu'il permet très tôt d'intervenir pour maintenir et développer la communication alors même que le langage n'est pas parfait, même si celle-ci doit un temps passer par des gestes. Parce qu'il est primordial que l'enfant puisse expérimenter son désir de communication, parce que cela peut éviter le développement de comportements inadaptés, négatifs de la part de l'environnement, parce que cela permet à l'enfant de se construire et de développer une meilleure image de lui... **Parce que cela lui permettra de moins souffrir de ses difficultés en lui donnant tôt les moyens d'y pallier.** » - Monique Touzin (2007)*

L'intérêt du diagnostic précoce réside donc en la possibilité, d'une part de mettre des mots sur des attitudes souvent très déstabilisantes pour l'entourage de l'enfant, et, d'autre part, d'inscrire très tôt l'enfant ainsi dépisté dans un projet thérapeutique global et individualisé (Gatignol, Topouzkhian, Rousseau, 2013)

Mais ce diagnostic précoce, pour être généralisé, nécessite d'abord un dépistage large, précoce et efficace. Ce n'est que grâce à un vaste dépistage et à la sensibilisation des différents acteurs de la vie des enfants (médecins, enseignants, professionnels de l'enfance...) que pourront être détectés les facteurs d'alerte, et que, par conséquent, les enfants pourront être envoyés le plus tôt possible chez les professionnels de santé adéquats.

Les TSA et les troubles du langage de type Retards de langage ou Dysphasies sont des troubles innés, ce qui signifie qu'ils existent dès la naissance. De nombreuses études ont montré qu'un diagnostic précoce permet d'éviter le développement de comportements secondaires liés à la pathologie et de mettre au point dès le plus jeune âge un projet thérapeutique adapté. La précocité de la pose d'un diagnostic permettrait également de préserver, sur un certain plan, l'entourage du patient, et de prévenir un impact sur les acquisitions à venir.

B. Dépistage

Le ministère de la santé affirme que « *le suivi du développement du langage de l'enfant fait partie intégrante du suivi de son développement global* ».

Dans cet objectif, il détermine les missions du médecin :

- Connaît les étapes du développement du langage (carnet de santé) ;
- Est capable d'accompagner et de repérer certains signes d'appel ;
- Peut être amené à dépister certains troubles à l'aide de tests ;
- Peut être amené à demander des examens complémentaires ou un avis spécialisé.

La commission d'experts chargée d'élaborer au niveau national des recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance propose l'utilisation par le médecin de famille de tests adaptés à sa pratique médicale et au temps disponible pour chaque enfant, ainsi qu'à son âge. Tests préconisés entre 3 et 9 ans : DPL3, QLC, ERTL4, ERTLA6, BSEDS, BREV. Parmi ces tests, 3 ne nécessitent aucune formation spécifique : DPL3, ERTL4, ERTLA6.

La HAS déclare également que **lorsque l'on observe un comportement inhabituel** (repli sur soi, isolement, opposition, agressivité, ou, au contraire, enfant très démonstratif et solliciteur), **on se doit de suspecter un Trouble Envahissant du Développement, une Déficience Intellectuelle, un Trouble Anxieux ou un Trouble du Langage.**

Il existe également des outils permettant le dépistage de l'autisme. Ainsi, le TEACCH, l'ECSP, VB-MAPP, CHAT..., sont à la disposition des professionnels de santé. Mais ces tests sont souvent très longs et nécessitent parfois une formation pour pouvoir être utilisés (comme par exemple l'échelle d'observation ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule – et l'ADI – Autisme Diagnostic Review). De ce fait, ces outils sont peu utilisés par les professionnels libéraux.

Malgré les nombreuses mesures mises en place, **le dépistage des TSA reste donc tardif en France**. Rogé (2001) signale qu' « *il n'existe pas de méthode suffisamment fiable de dépistage pour que celui-ci soit généralisé en étant laissé aux mains de professionnels de santé insuffisamment formés à l'autisme* ». Cependant, il n'en demeure pas moins indispensable et se doit d'être précoce.

Un diagnostic précoce implique un dépistage vaste et efficace au sein de la population. La Haute Autorité de Santé préconise ce dépistage et recommande certains tests créés dans ce but.

Les progrès dans la connaissance des étiologies et des mécanismes d'évolution du langage des enfants dysphasiques passent par le dépistage précoce des troubles et l'analyse précoce de leur évolution. Cette démarche autorise les **thérapies précoces et limite l'incidence des troubles sur le devenir des enfants.** (Pierart, 2004)

Sur le plan clinique, suivre strictement la définition classique des dysphasies conduit à attendre 6 ans et empêche tout travail précoce.

Pierart (2004) affirme que, pour la recherche, distinguer les troubles graves et tenaces du développement du langage et les troubles plus discrets reste une démarche méthodologiquement indispensable. Ces exigences méthodologiques impliquent que l'on puisse accéder facilement aux enfants, dès le moment où leur langage présente des particularités développementales. Ce constat invite à un dépistage précoce des troubles du langage, très largement antérieur à la classique barrière des 6 ans, encore trop souvent retenue pour poser un diagnostic de dysphasie. **Les interventions précoces, qui permettront de mieux comprendre les difficultés, sont une condition pour les traiter plus efficacement. Elles autoriseront un soutien aux parents et guidance parentale et limiteront les répercussions scolaires et sociales des troubles du langage.**

Danon-Boileau (2002) pense que n'importe quel trouble du langage, même totalement « pur » ne sera jamais dépourvu de conséquences psychiques : « *mal parler et mal comprendre ce qu'on vous dit est de nature à perturber la relation que vous engagez avec autrui, comme la confiance que vous pouvez avoir en votre propre pensée.* » C'est pour diminuer au maximum cet impact que le diagnostic précoce s'impose.

Dans l'expérience de l'UNIDEP, Zylberberg et al. (2010) amènent les notions de « **diagnostic d'alerte** » et « **diagnostic précis** ». Il s'agit en effet de souligner une fois de plus l'importance d'un dépistage précoce : **un « diagnostic d'alerte » permettrait de mettre en place une intervention au plus tôt. Le « diagnostic précis » peut être plus tardif**, dans la mesure où l'enfant est pris en charge par les professionnels de santé concernés.

C'est afin de répondre à cette nécessité de diagnostic d'alerte précoce que nous avons choisi de créer un outil d'évaluation visant à différencier, avant l'âge de 6 ans, une dysphasie d'un trouble du spectre autistique ou d'un retard de langage. Car comme le dit Bernadette Pierart, en 2004, « Le praticien peut aisément recueillir les données cliniques permettant le diagnostic, lorsqu'il est familier avec la sémiologie ».

Partie Pratique

Problématique

Si tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'intérêt d'un diagnostic précoce, il n'en reste pas moins que certains diagnostics peuvent s'avérer difficiles à poser précocement. C'est le cas du diagnostic de dysphasie, qui se retrouve bien souvent intriqué avec des suspicions de troubles du spectre autistique ou de troubles fonctionnels du langage. A cause de ces difficultés, de nombreux professionnels choisissent de garder la barrière des 6 ans comme sécurité, refusant de poser un diagnostic de dysphasie chez des enfants plus jeunes. La littérature et les nombreuses recherches ont cependant permis de mettre en avant des marqueurs diagnostics qui apparaissent sans aucun doute bien avant cet âge.

Nous partirons donc du postulat qu'il est possible de créer un outil d'évaluation permettant de poser de manière précoce une orientation de diagnostic différentiel entre les pathologies suivantes : trouble du spectre autistique – dysphasie – retard de langage sévère.

Matériel et méthode

I. Population

A. Patients

1) *Critères d'inclusion*

L'outil créé est à destination d'enfants ayant entre **2 ans 6 mois et 5 ans 6 mois**. Nous avons choisi, dans un premier temps, de faire passer l'outil à des enfants **ayant déjà été diagnostiqués** soit TSA, soit Dysphasique, soit Retard de langage sévère, afin de pouvoir comparer les résultats de la grille avec le diagnostic effectif. Notre référence aux « Retards de langage » inclura, dans ce travail les éventuels retards de parole associés.

Cependant, rares sont les enfants de moins de 6 ans ayant déjà un diagnostic de dysphasie, même lorsque le thérapeute est convaincu de la présence de ladite dysphasie. Nous avons donc ouvert l'expérimentation à quelques enfants sans diagnostic mais avec une forte suspicion de dysphasie portée par leurs orthophonistes.

2) *Caractéristiques des patients*

Tableau 4 – Patients

Patients*	Âge	Diagnostic
Cécile	2 ans 9	Retard de langage
Damien	3 ans 8	Retard de langage
Eliott	4 ans 11	Retard de langage
Françoise	3 ans 8	Retard de langage
Ilana	4 ans 5	Retard de langage
Mélanie	5 ans	Retard de langage
Ophélie	5 ans 5	Retard de langage
Quentin	4 ans 2	Retard de langage
Stéphanie	4 ans 10	Retard de langage
Ugo	5 ans 4	Retard de langage
Vincent	3 ans 4	Retard de langage
Zacharie	4 ans	Retard de langage
Carole	5 ans 3	Retard de langage
Jérémy	5 ans 6	Retard de langage
Alexia	5 ans 6	TSA
Romain	2 ans 8	TSA
William	5 ans 2	TSA
Xavier	4 ans	TSA
Yann	5 ans 3	TSA

Amandine	4 ans 10	TSA
Barbara	5 ans 3	TSA
Dylan	5 ans 2	TSA
Enzo	5 ans 4	TSA
Fanny	3 ans 11	TSA
Ines	3 ans 7	TSA
Hawa	3 ans 8	Suspicion de TSA ou de dysphasie
Kenza	4 ans	Suspicion de TSA ou de dysphasie
Baptiste	5 ans 6	Suspicion de dysphasie
Gaëlle	5 ans 3	Suspicion de dysphasie
Justine	3 ans 6	Suspicion de dysphasie
Lise	4 ans 6	Suspicion de dysphasie
Thomas	5 ans 6	Suspicion de dysphasie
Héloïse	3 ans 7	Suspicion de dysphasie
Gabriel	3 ans 5	Dysphasie

* Les prénoms ont été modifiés

Sur les 33 enfants testés, 10 enfants ont un diagnostic de TSA, 14 sont suivis pour un retard de langage (RL), 1 est dysphasique (DP) et 6 sont pris en charge pour des suspicions de dysphasie. Pour 2 enfants, nous avons une suspicion de TSA ou de DP.

B. Orthophonistes

28 orthophonistes situés sur tout le territoire ont accepté de faire passer à un ou plusieurs de leurs patients la grille élaborée lors de ce mémoire.

II. Méthode

A. Elaboration de l'outil

Concernant le diagnostic précoce des troubles du langage ou des troubles de la communication, certains outils accessibles aux orthophonistes existent déjà. Nous les présentons en Annexe 1. Pourtant, face aux jeunes enfants, l'orthophoniste se retrouve souvent désemparé. Ainsi, rares sont les outils permettant d'évaluer de manière complète le langage oral chez le tout-petit. Quant à la communication, s'ils sont plus nombreux, ils sont également très chers et nécessitent souvent une formation. Ils sont alors peu utilisés par les professionnels libéraux. De plus, les outils existants sont généralement plus utiles pour déterminer l'éventuelle présence d'un trouble que pour poser un diagnostic précis. En effet, la comparaison des résultats de l'enfant à la norme nous permet d'objectiver la sévérité du déficit, mais ne nous indique que peu de choses sur la nature du trouble causant les difficultés. Enfin, s'il existe des grilles analytiques et des tests normés, il semblerait qu'aucun outil ne rassemble ces différentes méthodologies d'évaluation. Comme l'exprime Marie-Thérèse Le Normand : « *La pratique orthophonique s'orientant actuellement vers une prise en charge très précoce, la nécessité d'outils adaptés à l'évaluation du langage oral d'enfants d'âge préscolaire s'impose de plus en plus.* »

Nous avons donc voulu créer un outil fonctionnel le plus exhaustif possible, rassemblant tous les marqueurs pouvant permettre de poser précocement un diagnostic différentiel entre Trouble du Spectre Autistique, Dysphasie et Retard de langage sévère. Pour cela, nous avons choisi d'allier les différents types d'évaluation existants. Ainsi, notre grille fera appel à l'anamnèse, à l'observation clinique en situations libres ou semi-dirigées et à des épreuves normées tirées de tests préexistants. Elle est à destination des orthophonistes uniquement.

1) *De l'élaboration de la grille*

a. Des critères discriminants

Nous avons commencé par rassembler, pour chaque profil diagnostique, les marqueurs observables selon la littérature, les recherches récentes et l'expérience clinique de divers orthophonistes. Nous avons ensuite classé ces items par grands champs : Développement de l'enfant, Communication et interaction sociale, Parole, Langage, Capacités cognitives et autres.

Pour chacune de ces compétences, nous avons proposé différents types de réponses en fonction de l'évaluation. Ainsi, de nombreux items appellent une réponse en « oui » ou « non », il s'agit de ceux visant à évaluer la présence ou l'absence d'un comportement. Les items normés, eux, invitent l'orthophoniste à cocher « pathologique » ou « normal » en fonction des résultats aux épreuves étalonnées. Enfin, quelques items réclameront des réponses plus spécifiques comprenant une date ou une qualification particulière.

A chacune de ces réponses, nous avons attribué les lettres correspondant aux pathologies comprenant ces critères. Nous nous sommes alors rendu compte que certains critères se retrouvaient dans les trois pathologies, ce qui signifie qu'ils n'auraient pas permis d'aider au diagnostic différentiel. Nous parlerons de critères « non-déterminants ». Ainsi, dans ces critères non-déterminants, nous avons éliminé des éléments de la partie de « Développement de l'enfant » comme le bavage, les antécédents de troubles du langage (qui apparaissent dans la grille mais ne comportent pas de « lettre profil »), le retard psychomoteur et l'immaturation affective, possibles quelle que soit la pathologie. Au niveau de la partie « Communication et interaction sociale », tous les items envisagés ont été conservés, car ils peuvent tous permettre de différencier les enfants TSA des autres enfants. Concernant la « Parole », nous avons d'abord envisagé de proposer de coter l'aide par la répétition en « Oui » ou « Non », cependant, nous avons réalisé que si l'aggravation par la répétition peut indiquer une dysphasie, le fait que la répétition aide ou n'aide pas ne permet pas d'orienter le diagnostic différentiel.

De la même manière, dans la partie « Langage », nous avons retiré la présence des items « pseudo-bégaiement » et « dénomination » ainsi que le type de conduites d'approche utilisées par l'enfant. Enfin, dans la partie « Capacités cognitives et autres », nous avons jugé que l'empan mnésique envers, d'abord envisagé, ne correspondait pas à notre tranche d'âge, nous l'avons donc supprimé.

Cet outil a donc pour but de poser un diagnostic différentiel chez un sujet que l'on sait pathologique, et non d'évaluer la présence éventuelle d'une pathologie chez un enfant. Certaines épreuves devront donc sûrement être ajoutées au bilan, afin de bien évaluer tous les champs du langage et de la communication.

b. Cotation

A partir de ces marqueurs, nous avons établi des « profils diagnostiques », chaque profil correspondant à une lettre. L'orthophoniste, lorsqu'il a fini de coter la grille, comptabilise le nombre de « a », de « b » et de « c » correspondant aux résultats de l'enfant, afin de voir à quel profil diagnostique l'enfant correspond.

Nous souhaitions au départ fixer un minimum de points indispensables pour pouvoir poser une orientation diagnostique. Chaque enfant devait alors avoir au moins 40 points dans un des trois profils pour que l'orientation diagnostique puisse être envisagée. Cependant, ce minimum a été abandonné car il empêchait tout diagnostic pour les enfants sans langage, les parties « parole » et « langage » pouvant alors à peine être cotées. A l'origine, nous pensions également exiger que le profil majoritaire dépasse d'au moins 10 points les résultats des autres profils. Nous avons également renoncé à cette contrainte car elle gênait des diagnostics qui se sont avérés cohérent, or, nous nous sommes aperçus que notre grille ne présentait aucun « faux positif ». En effet, parmi tous les enfants pour lesquels nous avons pu établir un profil diagnostique, celui-ci est toujours cohérent avec le diagnostic original. Nous avons donc choisi d'éliminer cette précaution qui nous est apparue comme superflue. Nous maintenons cependant un minimum de 5 points de différence car le diagnostic ne doit pas dépendre de trop peu d'items.

Le profil « a » correspond aux Troubles du Spectre Autistique, le profil « b » correspond à la Dysphasie et le profil « c » correspond aux Retards de langage oral.

Nous avons, pendant un temps, envisagé d'affecter des coefficients à certains items, en fonction de la fréquence du marqueur visé dans la population concernée. Par exemple, si 80% des dysphasiques présentent des difficultés au niveau des praxies bucco-faciales (PBF) mais seulement 40% ont des dissociations automatico-volontaires (DAV), le coefficient aurait pu être de 8 pour les praxies et de 4 pour les DAV. Ce qui signifie que l'orthophoniste aurait compté 8b pour un enfant présentant des difficultés au niveau des PBF, et 4a pour un enfant présentant des DAV. Malheureusement, ces coefficients n'ont pas pu être mis en place faute de données fiables concernant la prévalence de ces marqueurs dans une population pathologique.

c. Modes d'évaluation

Au niveau de la présentation de la grille, en face de chaque item se trouve le mode d'évaluation. « A » signifie que la question sera à poser aux parents lors de l'anamnèse, « OC » signifie que le praticien devra, pendant la séance, observer l'enfant afin de reconnaître la présence ou l'absence d'un comportement, et « T » signifie que l'item nécessite une épreuve normée pour être coté. Dans ce dernier cas, le thérapeute doit se reporter au livret de passation qui liste les épreuves existantes permettant d'évaluer la fonction visée. L'orthophoniste devra alors choisir parmi ces épreuves une de celle qu'il aura à disposition et la faire passer à l'enfant, en se référant aux consignes et à la cotation de ladite épreuve. Il reportera ensuite si, selon ce test, l'enfant est considéré comme pathologique pour la fonction évaluée. Dans l'éventualité où le praticien n'aurait aucun des tests proposés, il est invité à ne pas coter l'item. Enfin, il arrive de rencontrer dans la grille, en modalité d'évaluation, les lettres « LP ». Celles-ci signifient qu'une consigne est donnée dans le livret de passation.

2) *Au livret de passation*

La rédaction du livret de passation s'est faite après avoir élaboré la grille. Nous avons répertorié, parmi tous les items, ceux qui pouvaient nécessiter une explication, une définition, une consigne ou qui renvoyaient à un test préexistant. Nous avons donc défini ces items et avons fourni, quand nécessaire, quelques rappels théoriques, et nous avons listé, pour les items exigeant une évaluation normée, tous les bilans et tests permettant d'évaluer la fonction concernée. Pour cela, nous avons parcouru tous les bilans et tests concernant la communication et le langage chez les enfants correspondant à notre tranche d'âge, et nous avons répertorié, dans chacun de ces tests ou bilans, les épreuves permettant d'évaluer une des fonctions présentes dans notre grille. Nous avons ensuite précisé pour chaque item les bilans comprenant une épreuve correspondante, et l'intitulé de cette épreuve dans le bilan.

Ce n'est qu'après avoir rédigé ce que nous appelons le « corps » du livret de passation que nous nous sommes attelés à la rédaction de son introduction. Après quelques brefs rappels théoriques sur les connaissances actuelles et sur les pathologies étudiées, nous avons expliqué pourquoi nous avons choisi de créer cet outil, et avons explicité son mode de fonctionnement.

B. Consultation des orthophonistes

Après avoir créé cet outil, nous avons voulu obtenir les retours d'orthophonistes sur notre grille afin de l'améliorer en fonction des remarques. Pour cela, nous avons demandé à 28 orthophonistes de faire passer notre grille à des enfants correspondant à la tranche d'âge visée (de 2 ans 6 mois à 5 ans 6 mois) et ayant déjà été diagnostiqués pour un TSA, une dysphasie ou un retard de langage sévère. Après la passation, les orthophonistes ont été invités à remplir un questionnaire concernant le maniement et l'utilité de la grille proposée.

Voici les questions posées aux orthophonistes ayant testé notre outil :

La grille :

La grille vous a-t-elle semblé :

- Facile à manier
- Difficile à manier
- Ça dépend des items

Pourquoi ?

Le temps de passation vous a semblé :

- Correct
- Long mais réalisable
- Trop long

Certains items vous ont-ils semblé inutiles ou non pertinents ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous trouvé qu'il manquait certains critères discriminants, dans la grille ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Dans la grille, pour les réponses possibles en Oui/Non, des cases « plutôt oui »/ « plutôt non » vous auraient-elles semblé bénéfiques ?

- Oui
- Non

Quels sont les points qui vous ont posé problème au niveau de la passation ?

Livret de passation :

Concernant le livret de passation, vous l'avez trouvé :

- Pratique
- Pas suffisamment pratique
- Pas pratique du tout

Toujours concernant le livret de passation, vous l'avez trouvé :

- Trop détaillé
- Suffisamment détaillé
- Pas assez détaillé

Avez-vous eu du mal à coter les épreuves normées ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Vous n'aviez pas les tests proposés
- Vous ne maîtrisez pas bien les cotations
- Les épreuves étaient trop difficiles par rapport au niveau de l'enfant
- Une autre raison ?

Avez-vous eu du mal à coter les épreuves en observation clinique ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Le comportement évalué était fluctuant
- L'enfant a eu du mal à entrer dans la situation de jeu libre
- Une autre raison ?

Vous sentez-vous apte à poser un diagnostic de dysphasie ?

- Oui
- Ça dépend des enfants
- Non, j'envoie systématiquement au Centre Référent des Troubles du Langage

Finalement...

Globalement, pensez-vous que cet outil répond à un besoin des orthophonistes ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Globalement, cet outil vous a-t-il semblé pertinent ? (type de questions, méthodologie...)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Quels sont, selon vous, les points positifs de cet outil ?

Quels sont, selon vous, les points négatifs de cet outil ?

Avez-vous quelque chose à ajouter (remarque, proposition, question ?)

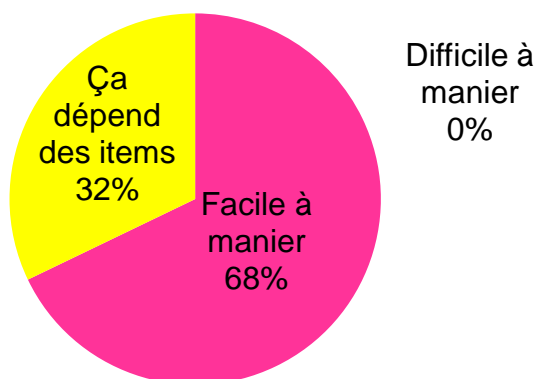
Résultats

I. Résultats des questionnaires

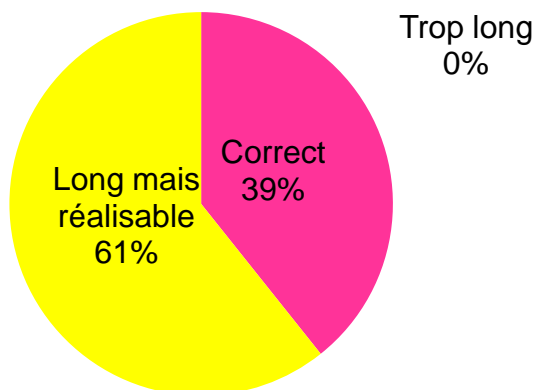
L'utilisation de notre grille par 28 orthophonistes a fait l'objet d'un retour à travers un questionnaire anonyme comprenant des questions fermées et des questions ouvertes. Nous présenterons ici les réponses aux questions à choix multiples. Les réponses ouvertes seront transmises en Annexe 6 et discutées dans la partie suivante.

La grille

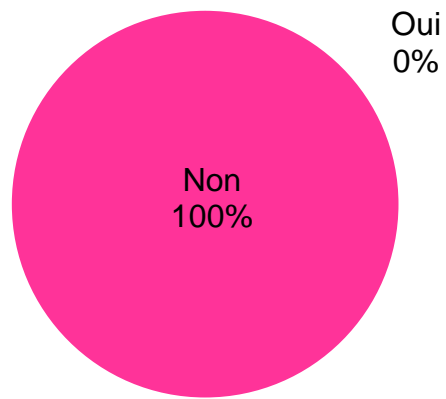
La grille vous a-t-elle semblé :



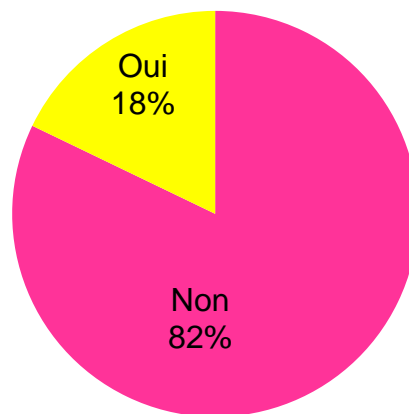
Le temps de passation vous a semblé :



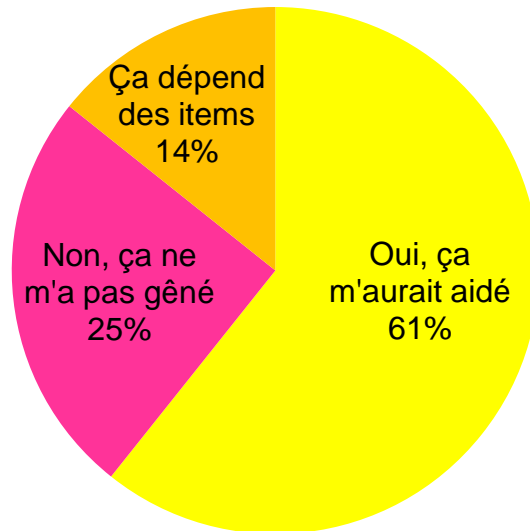
Certains items vous ont-ils semblé inutiles ou non pertinents ?



Avez-vous trouvé qu'il manquait certains items déterminants ?

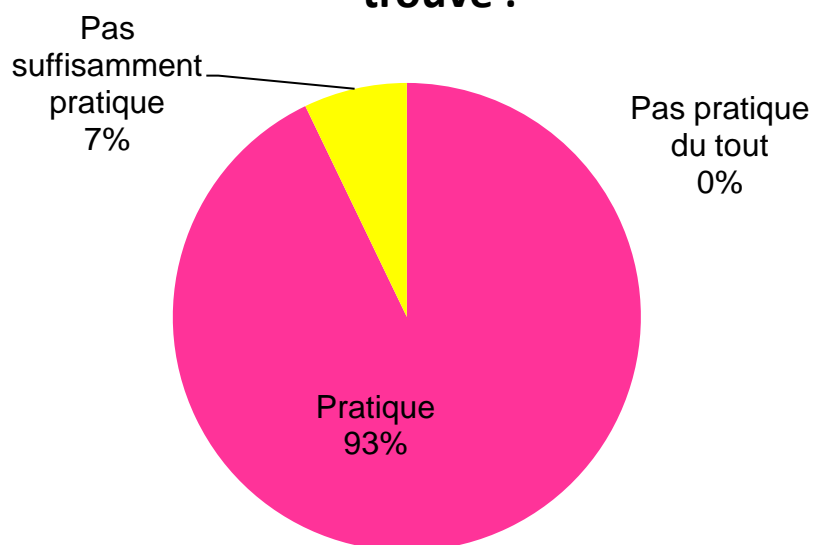


Dans la grille, pour les items dont la réponse est "oui" ou "non", auriez-vous aimé pouvoir répondre "plutôt oui" ou "plutôt non" ?

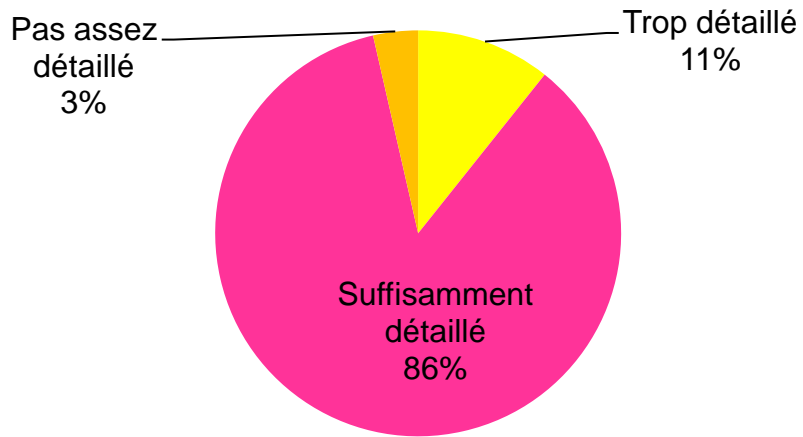


Le livret de passation

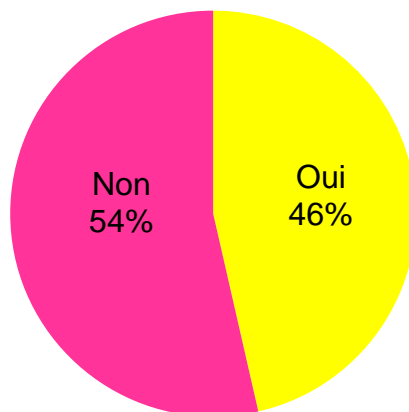
Concernant le livret de passation, vous l'avez trouvé :



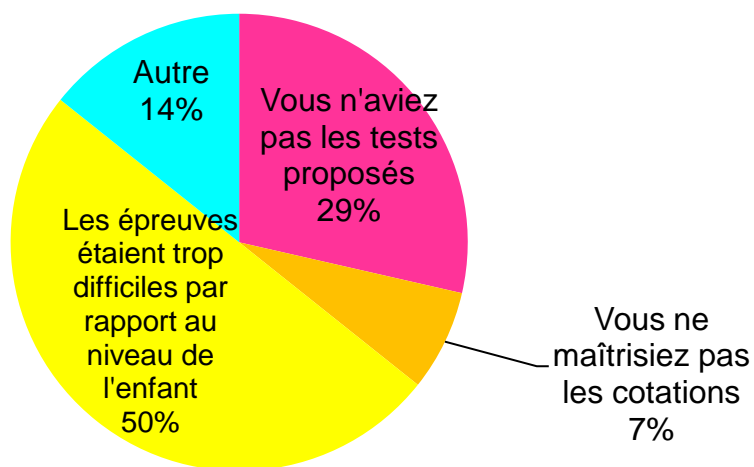
**Toujours concernant le livret de passation,
vous l'avez trouvé :**



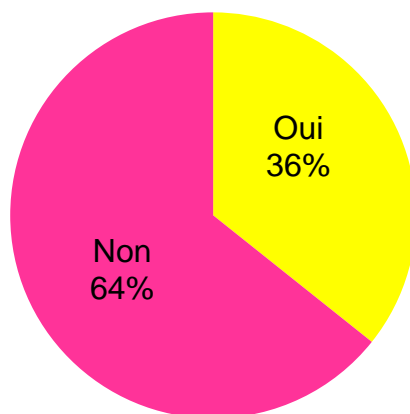
**Avez-vous eu du mal à coter les épreuves
normées ?**



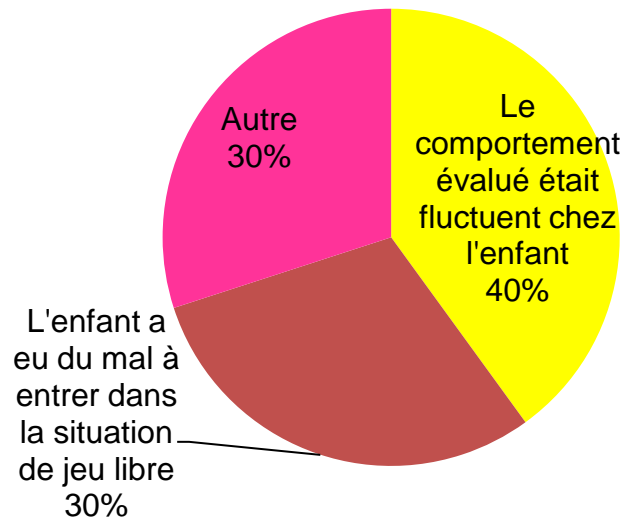
Si oui, pourquoi ?



Avez-vous eu du mal à coter les épreuves en observation clinique ?

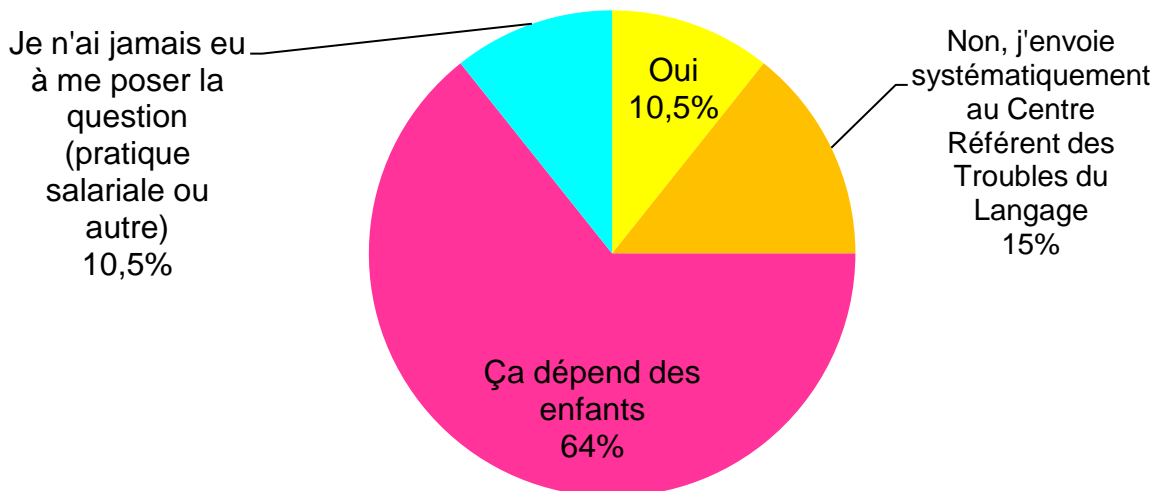


Si oui, pourquoi ?

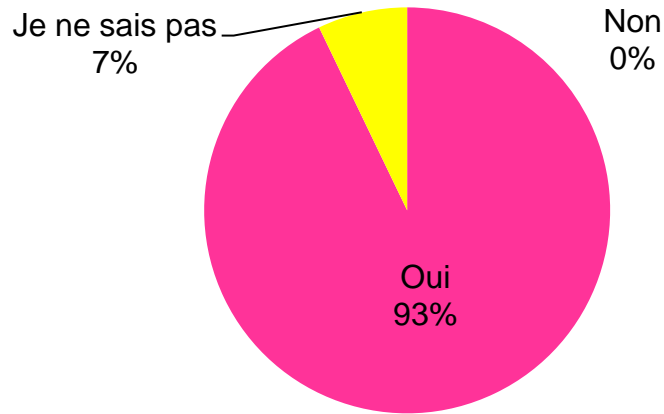


En conclusion

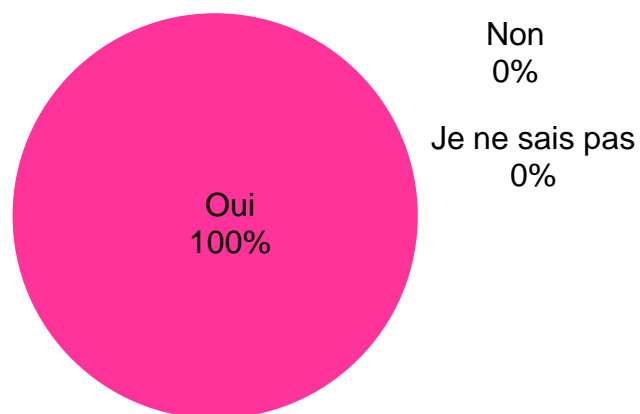
Dans votre pratique quotidienne, vous sentez-vous apte à poser un diagnostic de dysphasie ?



Globalement, pensez-vous que cet outil répond à un besoin des orthophonistes ?



Globalement, cet outil vous a-t-il semblé pertinent ? (type de questions, méthodologie...)



II. Grille

La grille présentée ci-dessous est la version définitive. Elle s'adresse aux enfants ayant entre 2 ans 6 et 5 ans 6. Elle s'accompagne d'un livret de passation joint en Annexe 3.

La grille se divise en 5 sous-parties :

- Développement de l'enfant
- Communication et interaction sociale
- Parole
- Langage
- Capacités cognitives et autres

Pour chaque item, le praticien doit cocher la réponse correspondante. La modalité d'évaluation est précisée dans la colonne de droite :

A = Anamnèse

OC = Observation Clinique

T = Test

LP = Livret de passation

Pour tous les items nécessitant un test, une consigne ou une explication, l'orthophoniste est prié de se référer au livret de passation (Annexe 3).

<u>Fonction</u>	<u>Evaluation</u>				<u>ME*</u>	<u>Commentaires</u>	
Développement de l'enfant							
Grand prématuré	Oui a		Non		A		
Epilepsie	Oui a		Non		A		
Acquisition de la marche	Avant 18 mois a – c		Après 18 mois b		A		
Tonus, posture	Normal b – c		Hyper ou Hypotonique a		A		
Troubles du sommeil	Oui a		Non b – c		A		
Troubles de l'alimentation : sélection des aliments	Oui a – b		Non c		A		
Babillage	Normal c		Pauvre ou Inexistant a – b		A		
Premiers mots	<i>Régression</i>		<i>Déformés</i>		<i>Date d'apparition</i>		A
	Oui a	Non b – c	Oui b	Non a – c	Avant 12 mois b – c	Entre 12 et 18 mois a – c	
Antécédents familiaux	De trouble du langage		De trouble de la communication a		A		
Amis	Oui b – c		Non a		A		
Intérêts restreints	Oui a	Plutôt oui a		Plutôt Non b – c	Non b – c	A + OC	
Sensibilité sensorielle	Normale b – c		Hypo ou Hyperdéveloppée a		OC		
IDE version brève	Normale b – c		Pathologique a		T		
Sous-total Développement	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :		

Communication et interaction sociale						
Réponse à l'appel de son prénom	Oui b – c	Pas toujours a		Non a	OC	
Regard	Approprié b – c	Détournement a – b		Evitement a	OC	
Poursuite visuelle	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Attention et Orientation aux bruits environnants	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	LP	
Attention conjointe	Adaptée b – c		Absente a		OC + T	
Pointage	Absent a	Proto-impératif seulement a		Proto-déclaratif b – c	A + OC	
Permanence de l'objet	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC + LP	
Jargon	Avec prosodie b – c		Sans prosodie a		OC	
Adaptation à la situation et à son interlocuteur	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Jeu symbolique	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC + T	
Jeu duel	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Respect du tour de rôle	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Demande d'un objet	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	

Demande d'aide	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Echopraxies	Oui a		Non b – c		OC	
Echolalies	Oui a – b		Non c		OC	
Imitation vocale (prosodie, onomatopée...)	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Imitation dans le jeu	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Stéréotypies verbales	Oui a		Non b – c		OC	
Stéréotypies gestuelles	Oui a		Non b – c		OC	
Initiation de l'échange	Oui c	Plutôt Oui c	Plutôt Non a – b	Non a – b	OC	
Maintien de l'échange	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Expression plaquée	Oui a – b	Plutôt Oui a – b	Plutôt Non c	Non c	OC	
Mimiques	Oui b – c		Non a		OC	
Gestes symboliques ou à visée communicative : Compréhension	Oui b – c		Non a		OC	
Gestes symboliques ou à visée communicative : Utilisation	Oui b – c		Non a		OC	

Plaisir à l'interaction	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC		
Réactions lorsqu'on ne le comprend pas	Indifférence c		Colère, pleurs, tristesse, déception b		A		
Entretien pragmatique	Version P EVALO			Version G EVALO ou Shulman		OC + T	
	Bon b – c	Moyen	Mauvais a	Bon b – c	Pathologique a		
Digressions	Présentes a			Absentes b – c		OC	
Se parle à lui-même	Oui a			Non		OC	
Invente des mots	Oui a			Non		OC	
Fait preuve de compassion	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	LP		
Identification des émotions	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	LP		
Sous-total Communication	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :		

Parole					
<i>Praxies Bucco-Faciales</i>					
Réalisation	Praxies simples c	Praxies complexes a	Difficiles b	T + LP	
Aides	Efficaces b	Plutôt efficaces b	Non efficaces a – c	OC	
DAV	Oui b		Non a – c		OC
Intelligibilité	Oui a	Plutôt oui a	Plutôt non b	Non b	OC
<i>Phonologie</i>					
Répétition de logatomes	Bonne a – c	Altérée en début de mot b	Altérée en fin de mot a – c		T
Altération phonologique (dénomination)	Simplifications a – c	Complexifications b	Transformations a – c	Articulation floue b	T
Erreurs instables	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC
Aggravation par la répétition	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC + T
Erreurs sur les voyelles	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC
Prosodie	Adaptée b – c		Pauvre a		OC
Sous-total Parole	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :

Langage					
Désignation (lexique passif)	Pathologique a – c		Normale b		T
Manque du mot	Présent b		Absent a – c		OC
Hétérogénéité lexicale	Oui a – b	Plutôt Oui a – b	Plutôt Non c	Non c	OC
Conduites d'approche	Oui b		Non a – c		OC
Paraphasies	Oui b		Non a – c		OC
Expression morphosyntaxique	Normale a		Pathologique b – c		T
	Meilleure en spontanée b	Meilleure en dirigée c	Equivalente		OC + T
	Agrammatisme b	Dyssyntaxie b	Retardée c		
Signes spécifiques	Signes évocateurs d'une dysphasie b	Signe évocateur d'un TSA a	Pas de signes spécifiques c		LP
Jugement morphosyntaxique	Normal b		Pathologique c		T
Compréhension morphosyntaxique	Normale b		Pathologique a – c		T

Compréhension narrative	Normale b – c		Pathologique a		T	
Persévérations	Oui a – b		Non c		OC	
Fluidité du discours	Normale c		Hypospontanéité verbale a – b		OC	
Utilisation du « tu » au lieu du « je »	Oui a		Non b – c		OC	
Atteinte homogène du langage	Oui c	Plutôt Oui c	Plutôt Non a – b	Non a – b	OC	
Sous-total Langage	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

Capacités cognitives et autres						
Empan numérique endroit	Normal a – c		Pathologique b		T	
Empan mnésique verbal	Normal c		Pathologique a – b		T	
Capacité d'inhibition	Normale c		Pathologique a – b		T	
Fatigabilité	Normale c	Moyenne		Importante b	OC	
Accès au symbolique : Appariement images – figurines	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	T + LP	
Conscience des troubles	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	A + OC	
Conduites d'évitement	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC	
Temps de latence	Oui a – b		Non c		T	
Intérêt pour un objet nouveau	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
L'enfant manipule les objets sans jouer	Oui a		Non b – c		OC	
Intolérance au changement/ à la frustration	Oui a	Plutôt Oui a	Plutôt Non b – c	Non b – c	LP	
Sous-total Capacités cognitives et autres	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	
TOTAL	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

III. Résultats de la population

La grille présentée ci-dessus a été testée par 28 orthophonistes sur 33 patients âgés de 2 ans 8 à 5 ans 6.

Les données qui suivent comprennent, pour chaque patient, son diagnostic actuel, l'orientation diagnostique émise par la grille ainsi que ses scores de profils.

Les points « a » correspondent aux points TSA, les « b » correspondent aux points Dysphasie et les « c » correspondent aux points Retard de langage.

TSA = Trouble du Spectre Autistique

RL = Retard de Langage

ND = Non Déterminé

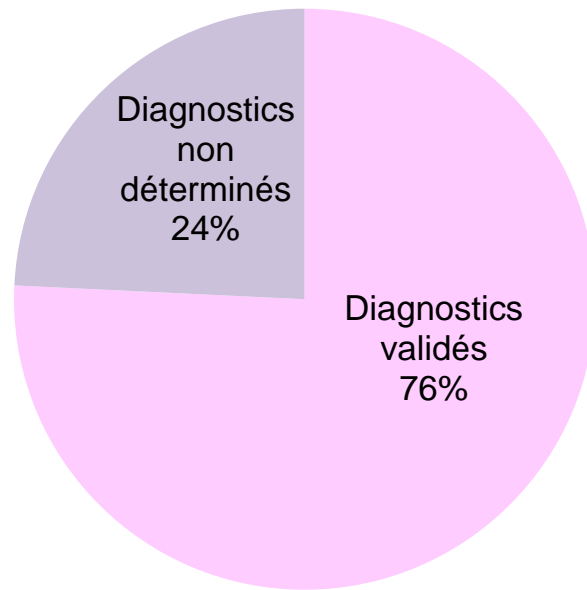
Tableau 5 – Profils diagnostiques des patients

Patient*	Âge	Diagnostic actuel	Profil diagnostic d'après la grille	Profils		
				a	b	c
Eliott	4 ans 11	RL	RL	27	39	52
Françoise	3 ans 8	RL	RL	17	46	71
Ilana	4 ans 6	RL	RL	21	46	60
Mélanie	5 ans	RL	RL	18	38	51
Ophélie	5 ans 5	RL	RL	15	49	67
Quentin	4 ans 2	RL	RL	20	42	52
Stéphanie	4 ans 10	RL	RL	26	45	59
Ugo	5 ans 4	RL	RL	27	37	68
Vincent	3 ans 4	RL	RL	14	41	63
Zacharie	4 ans	RL	RL	17	49	61
Jérémy	5 ans 6	RL	RL	21	50	55
Romain	2 ans 8	TSA	TSA	35	10	10
William	5 ans 2	TSA	TSA	52	34	29

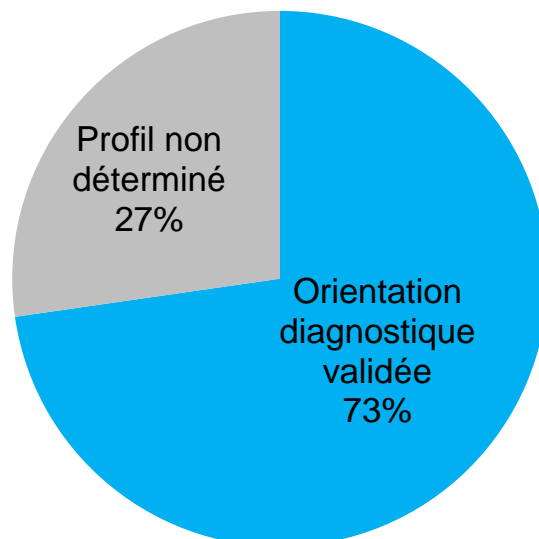
Xavier	4 ans	TSA	TSA	51	26	35
Yann	5 ans 3	TSA	TSA	40	21	17
Barbara	5 ans 3	TSA	TSA	36	21	13
Dylan	5 ans 2	TSA	TSA	49	33	34
Enzo	5 ans 4	TSA	TSA	42	31	31
Fanny	3 ans 11	TSA	TSA	41	28	32
Gabriel	3 ans 5	Dysphasie	Dysphasie	22	48	40
Gaëlle	5 ans 3	Suspicion de dysphasie	Dysphasie	23	64	54
Justine	3 ans 6	Suspicion de dysphasie	Dysphasie	20	59	48
Lise	4 ans 6	Suspicion de dysphasie	Dysphasie	11	63	48
Thomas	5 ans 6	Suspicion de dysphasie	Dysphasie	31	53	45
Héloïse	3 ans 7	Suspicion de dysphasie	Dysphasie	8	55	49
Baptiste	5 ans 6	Suspicion de dysphasie	ND	19	56	58
Célia	2 ans 9	RL	ND	16	34	35
Damien	3 ans 8	RL	ND	22	44	46
Hawa	3 ans 8	Suspicion de TSA ou de Dysphasie	ND	19	42	43
Kenza	4 ans	Suspicion de TSA ou de Dysphasie	ND	27	41	44
Amandine	4 ans 10	TSA	ND	45	36	42
Ines	3 ans 7	TSA	ND	37	31	34
Alexia	5 ans 6	TSA	ND	38	41	39

Après passation de cette grille aux 33 patients, 8 enfants obtiennent un profil de TSA, 6 enfants présentent un profil de dysphasie et 11 ont un profil de retard de langage. Les 8 enfants restant ont un profil qui est non-déterminé, ce qui signifie que leurs différents scores sont trop proches les uns des autres pour pouvoir affirmer le diagnostic différentiel. Nous avons choisi de diviser le groupe des « profils non-déterminés » en deux groupes nommés « groupe 1 » et « groupe 2 » en fonction de leurs profils que nous discuterons.

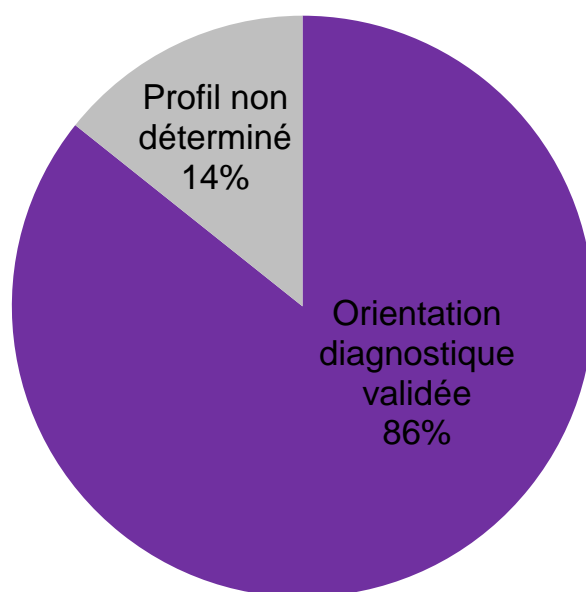
Graphe 1 - Efficacité de la grille



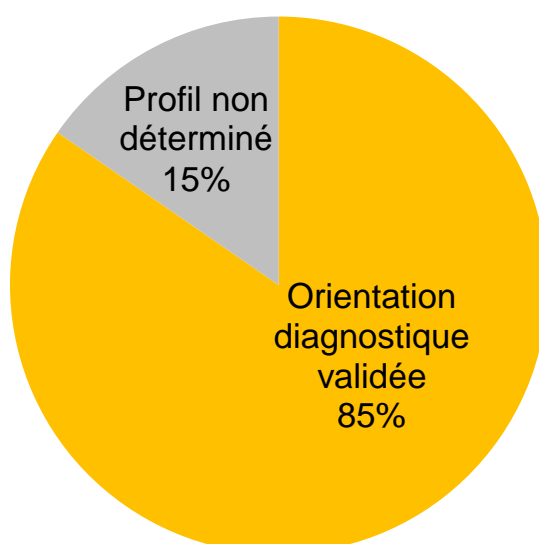
Graphe 2 - TSA



Graphe 3 - Dysphasie



Graphe 4 - Retard de langage



A partir des résultats des enfants testés, nous avons établi la moyenne des points de profils des enfants en fonction de leur orientation diagnostique.

Nous vous présenterons d'abord les résultats bruts sous forme de tableaux, puis ces mêmes résultats exprimés en pourcentages dans des graphiques.

Tableau 6 – Moyenne des points de profil pour les enfants diagnostiqués TSA (8 enfants) :

	a	b	c
Développement	8	3	3
Communication et interaction sociale	19	12	11
Parole	6	2	5
Langage	5	4	4
Cognition	6	6	3
Total	43	26	25

Graphes 5, 6, 7, 8, 9 – Profils des enfants TSA

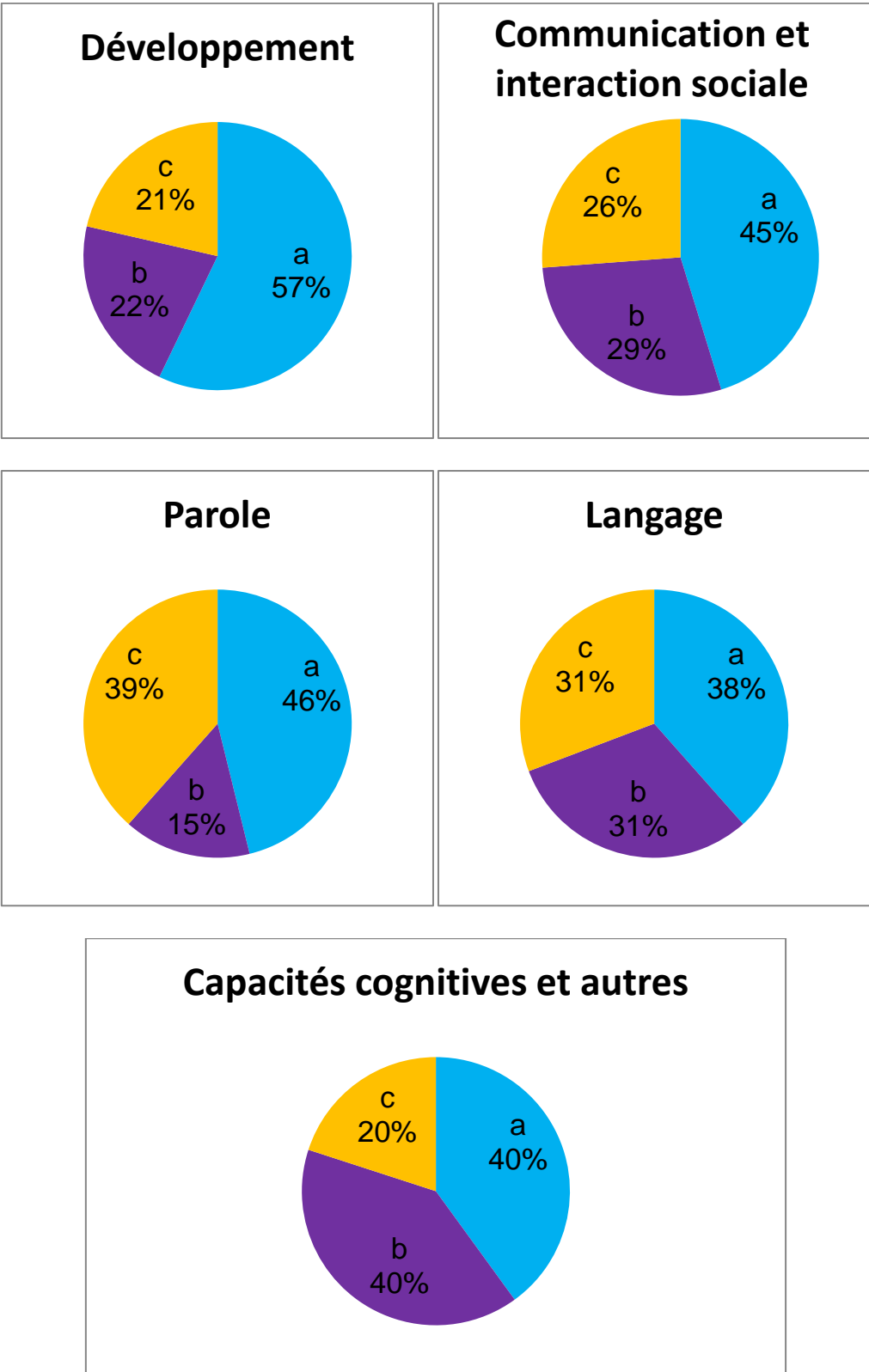
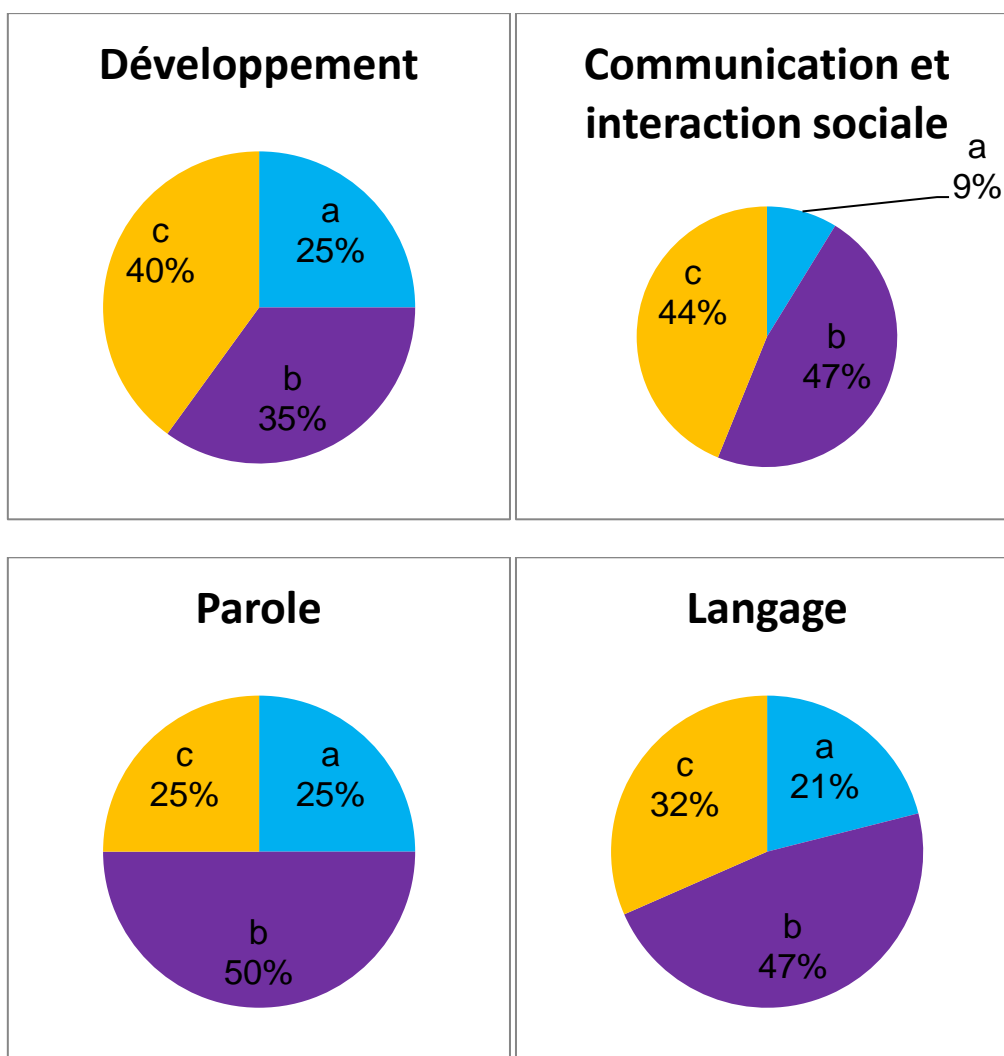


Tableau 7 – Moyenne des points de profil pour les enfants diagnostiqués dysphasiques (6 enfants) :

	a	b	c
Développement	5	7	8
Communication et interaction sociale	5	27	25
Parole	4	8	4
Langage	4	9	6
Cognition	3	8	5
Total	19	57	47

Graphes 10, 11, 12, 13, 14 – Profils des enfants Dysphasiques



Capacités cognitives et autres

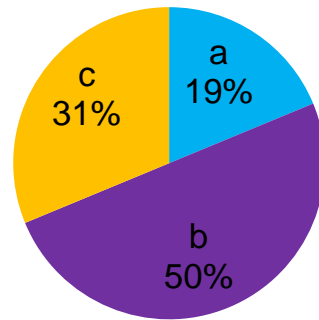


Tableau 8 – Moyenne des points de profil pour les enfants diagnostiqués retard de langage (10 enfants) :

	a	b	c
Développement	3	6	9
Communication et interaction sociale	3	25	27
Parole	7	3	7
Langage	5	5	11
Cognition	3	5	8
Total	21	43	62

Graphes 15, 16, 17, 18, 19 – Profils des enfants Retards de langage

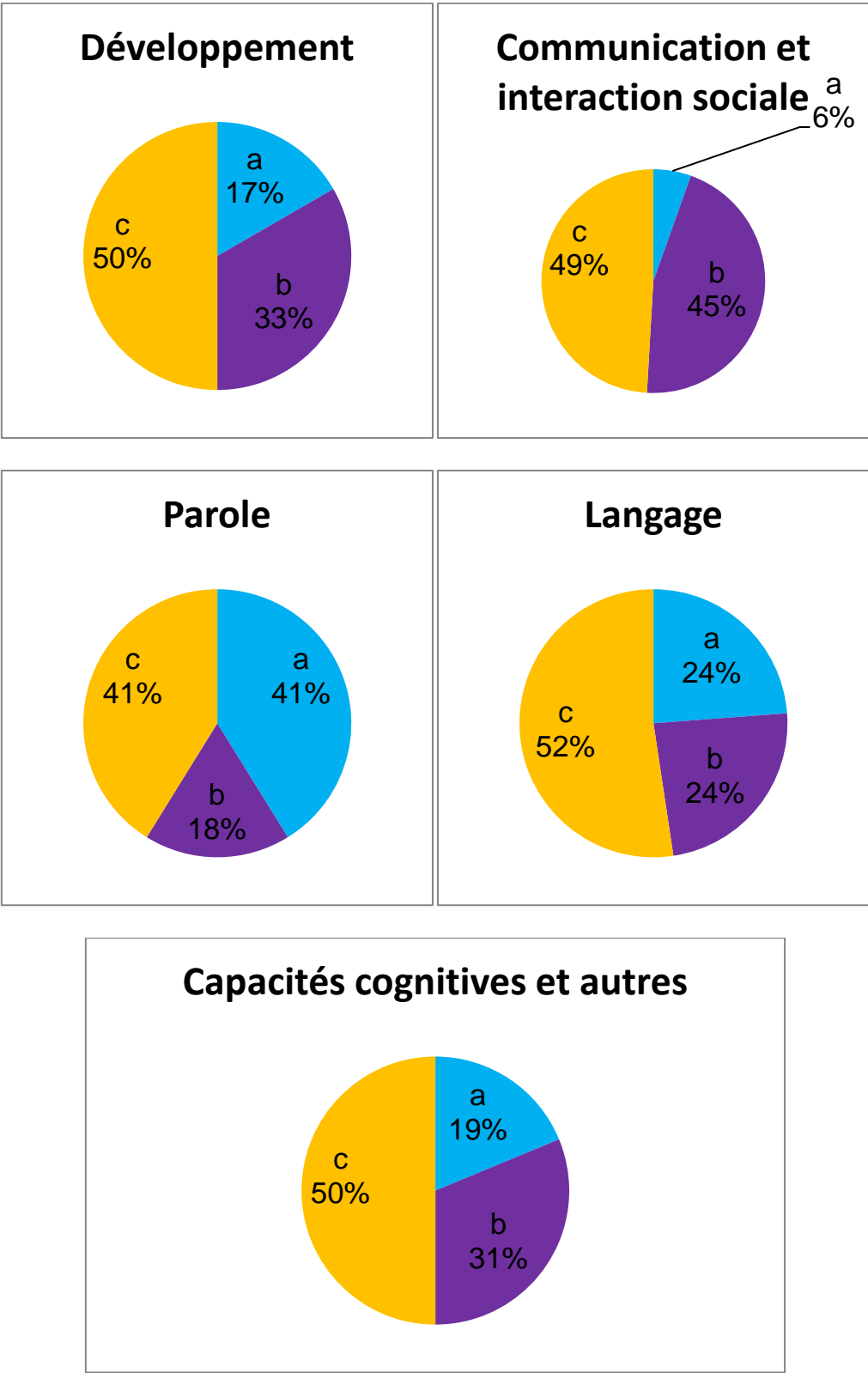


Tableau 9 – Moyenne des points de profil pour les enfants dont le diagnostic n'est pas déterminé groupe 1 (5 enfants) :

	b	c
Développement	5	6
Communication et interaction sociale	23	22
Parole	6	5
Langage	5	8
Cognition	4	5

Tableau 10 – Points de profil pour les enfants dont le diagnostic n'est pas déterminé groupe 2 (3 enfants) :

	a			b			c		
	A	A1	I1	A	A1	I1	A	A1	I1
Développement	8	7	7	4	5	4	2	7	3
Communication et interaction sociale	9	15	12	22	22	18	18	17	16
Parole	8	8	4	3	0	3	5	6	6
Langage	7	11	8	6	5	2	8	8	5
Cognition	6	4	5	6	4	4	6	4	4
Total	38	45	37	41	36	31	39	42	34

Discussion

Le but de cet étude était de créer un outil permettant de poser de manière précoce (avant 5 ans 6) une orientation diagnostique, afin de guider l'orthophoniste dans sa démarche de diagnostic différentiel entre les pathologies suivantes : Trouble du Spectre Autistique, Dysphasie, Retard de Langage.

Pour cela nous avons établi une grille d'évaluation s'appuyant sur les marqueurs diagnostiques de ces différentes pathologies et sur les différentes modalités d'évaluation possibles en orthophonie. Après avoir créé cet outil, nous avons souhaité qu'il soit testé sur des enfants ayant déjà été diagnostiqués TSA ou Retard de Langage ou présentant un diagnostic ou une importante suspicion de Dysphasie. Enfin, nous avons récolté les avis des orthophonistes ayant fait passer notre grille, afin de prendre en compte leurs remarques et de modifier l'outil en fonction.

Nos résultats ont montré qu'il était en effet possible, pour un grand nombre d'enfants de moins de 5 ans 6, de poser une orientation diagnostique cohérente avec le diagnostic posé précédemment. Nous nous intéresserons tout d'abord aux résultats des patients et à la corrélation entre les diagnostics d'origine et les orientations diagnostiques posées grâce à notre grille, puis, nous étudierons les retours des orthophonistes et les éventuelles modifications qui pourront être apportées à l'outil.

I. Analyse des profils diagnostiques des patients

Les résultats de notre étude indiquent que sur les 33 patients de moins de 5ans6 évalués grâce à notre outil, il a été possible de poser une orientation diagnostique pour 25 d'entre eux, soit pour plus de 75%. Ce pourcentage indique le taux de sensibilité de notre test, puisqu'il renvoie à sa capacité à diagnostiquer correctement un enfant.

De plus, parmi les 25 patients pour lesquels nous avons pu dresser un profil diagnostique, nous remarquerons que dans la totalité des cas, le profil déterminé par la grille correspond au diagnostic ayant été posé préalablement. Cela indique une

fiabilité importante quant aux résultats de notre outil, un élément rassurant, puisqu'il semblerait qu'il ne présente pas de risque de « faux positif ». Ainsi, s'il arrivera que l'outil ne puisse déterminer un profil diagnostique, au moins il ne risquera pas d'induire en erreur le professionnel.

Nous nous intéresserons d'abord aux patients pour qui l'orientation diagnostique a pu être établie, puis nous étudierons les résultats des enfants aboutissant à des profils dits « non-déterminés ».

A. Troubles du Spectre Autistique

D'après nos résultats, 73% des enfants diagnostiqués TSA arriveraient au profil correspondant sur notre grille. Les autres aboutiraient à un profil non-déterminé (ND). Cependant, comme nous le verrons en approfondissant l'étude des profils des enfants ND, nous nous apercevons qu'en modifiant les critères restrictifs de l'analyse finale de la grille, nous aboutirions à une orientation diagnostique cohérente pour 100% des enfants de notre étude diagnostiqués TSA, cela sans perturber les autres diagnostics.

En nous penchant plus précisément sur les enfants aboutissant à un diagnostic de TSA, nous notons qu'au sein des différentes parties de la grille, les parties les plus décisives pour ce diagnostic sont la partie « Développement de l'enfant » et la partie « Communication et interaction sociale ». Ces observations sont en adéquation avec la littérature, qui détermine le Trouble du Spectre Autistique comme étant un trouble de la communication et des interactions sociales perturbant dès le plus jeune âge le développement de l'enfant.

Comme l'explique le DSM-V, l'enfant TSA aura des difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales et des comportements stéréotypés et intérêts restreints. Or, ces critères sont évalués dans la partie « Communication et interaction sociale » de notre outil. Il affirme également que « les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance ». Ces symptômes d'apparition très précoce sont ceux que l'on retrouve dans notre partie « Développement de l'enfant ». Il est

donc cohérent que ces deux parties soient celles permettant le mieux de différencier l'enfant TSA des enfants dysphasiques ou avec retard de langage.

Bien que moins déterminants, on remarque cependant que les résultats aux parties « Parole » et « Langage » dénotent tout de même d'une majorité de points profils « a ». La partie « Parole » permettrait d'aider à différencier TSA de dysphasie, mais n'apporterait que peu d'éléments concernant la distinction TSA – Retard de langage. Ces observations sont consistantes avec les résultats de l'étude de McCleery et al. (2005) qui indiquent que les enfants avec autisme montrent le même modèle de production des sons de la parole que les enfants au développement langagier normal et que les enfants avec un retard de langage. Quant à la partie langage, elle présente un écart assez faible d'avec les autres pathologies. Cela peut s'expliquer par l'affirmation de Mundy et Markus (1997), qui décrivent que l'on retrouve généralement d'assez bonnes capacités phonologiques, syntaxiques et sémantiques chez les enfants autistes avec langage.

Finalement, nos résultats, cohérents avec les études récentes, indiquent que ces différentes parties permettent de différencier efficacement l'enfant TSA d'un enfant présentant une dysphasie ou un retard de langage isolé.

B. Dysphasies

Nous avons ensuite pu voir que 86% des enfants arrivant avec un diagnostic ou une suspicion de dysphasie obtenaient un profil de dysphasie avec notre grille.

Le diagnostic de dysphasie est celui qui est le plus central au niveau du diagnostic différentiel, puisqu'il peut être confondu avec un diagnostic de TSA ou avec un diagnostic de retard de langage. En détaillant les résultats de nos patients nous avons pu constater que la partie la plus décisive pour les enfants dysphasiques était la « Parole ». Cette dernière permet de mettre en évidence des troubles spécifiques aux enfants dysphasiques qui sont définis comme signes d'alertes dans la littérature, tels que leurs difficultés spécifiques en phonologie (Bortolini & Leonard, 2000), la présence d'erreurs instables d'une articulation dite « floue », due notamment à des difficultés précoces dans le développement des capacités motrices oro-faciales

(Comblain, 2004) et des erreurs fréquentes sur les voyelles (Parisse et Maillart, 2007).

Nous notons également que la partie « Capacités cognitives et autres » permet de distinguer les enfants dysphasique des autres de manière relativement sûre. Cela est notamment dû à l'évaluation, dans cette partie, d'un déficit de la mémoire de travail et de la présence éventuelle d'un temps de latence, fréquents dans la dysphasie (George-Poracchia et Pech-Georgel, 2007). Nous nous l'expliquons également par la présence d'items du type « conscience des troubles » ou « conduites d'évitement », que l'on ne retrouve généralement que chez les enfants dysphasiques.

Nous remarquons ensuite que la partie « Langage » apporte également une grande aide à la différenciation entre les pathologies, avec une distinction quand même plus approfondie pour les TSA. Cela s'explique par la présence dans cette partie de la plupart des marqueurs de déviance définis par Gérard en 1991 (trouble d'encodage syntaxique, trouble d'évocation lexicale, dissociations automatico-volontaires, trouble de la compréhension verbale...) et des marqueurs déterminés par d'autres auteurs plus récemment (hétérogénéité lexicale, persévérations, conduites d'approche et paraphasies...).

En revanche, les parties « Développement de l'enfant » et « Communication et interaction sociale », elles, ne permettent d'établir une disparité qu'avec les enfants TSA, comme l'indiquaient déjà les résultats de ces enfants là, puisque comme les enfants Retard de langage et à l'inverse des enfants avec un trouble du spectre autistique, les enfants dysphasiques sont pleinement dans la communication.

C. Retards de langage

Nous avons, enfin, pu constater que 85% des enfants diagnostiqués avec un Retard de Langage obtenaient, à l'issue de la grille, un profil équivalent. Il est intéressant de voir que chez les enfants avec retard de langage isolé, toutes les catégories de la grille semblent discriminantes. Ainsi, le « Développement de l'enfant », le « Langage » et les « Capacités cognitives et autres » permettent de différencier les enfants avec retard de langage de tous les autres enfants testés. En effet, le

développement de l'enfant avec retard de langage sera celui qui se rapprochera le plus de celui de l'enfant non-pathologique au niveau qualitatif. De même pour le langage, si on retrouve un retard dans l'acquisition du langage de ces enfants, on ne dénote pas de différences qualitatives, l'enfant développe un langage sans déviance et qui est utilisé correctement dans sa fonction de communication.

C'est ce qu'affirme Léonard (1991) dans sa revue de littérature : il conclut en expliquant que la syntaxe, la sémantique et la phonologie de l'enfant retardé de langage sont assez semblables à celles d'un enfant plus jeune.

Concernant la partie intitulée « Capacités cognitives et autres », elle rassemble des compétences qui ne sont normalement pas ou peu touchées, comme la mémoire de travail, la capacité d'inhibition ou encore le temps de latence.

La « Communication et interaction sociale » les distingue nettement des enfants avec TSA, et la « Parole » marque le contraste avec les enfants dysphasiques. Cependant, la partie « Communication et interaction sociale » restera dans ces cas là la moins pertinente, car si elle permet d'établir une différence majeure entre RL et TSA, c'est rarement sur ce diagnostic différentiel là que les professionnels se retrouvent en difficulté.

D. Non-déterminés

Etudions maintenant les enfants n'ayant pas pu obtenir de profil diagnostique. Nous avons choisi de diviser le groupe des « profils non-déterminés » en deux groupes nommés « groupe 1 » et « groupe 2 ».

1) *Groupe 1*

Le groupe 1 se compose des patients Baptiste, Célia, Damien, Hawa et Kenza. Ces enfants présentent un profil ne permettant pas d'envisager la présence d'un TSA. Si le doute sur leur diagnostic persiste, il se limite à deux possibilités : dysphasie ou retard de langage. Parmi ces 5 enfants, se trouvent Hawa et Kenza,

pour qui les professionnels oscillent entre les diagnostics de dysphasie ou de TSA. Notre grille permettrait, dans ces cas délicats, de rejeter le doute sur la présence éventuelle d'un TSA.

En revanche, on observe qu'il semble effectivement impossible, en ne se basant que sur la grille, de différencier retard de langage de dysphasie, les résultats étant très proches même au niveau des sous-catégories.

2) *Groupe 2*

Le groupe 2, lui, se compose des patients avec profil indéterminé mais porteur d'un diagnostic de TSA. Ainsi, Alexia, Amandine et Inès présentent en effet des scores profils « a » suffisamment élevés pour s'interroger sérieusement. Toutefois, dans leur cas de figure, notre grille n'a pas permis de déterminer avec certitude la présence d'un TSA plutôt que d'une dysphasie. Cependant, si Alexia a effectivement des scores très proches (38a, 41b, 39c), les petites Amandine et Inès, elles, présentent tout de même une différence significative entre les scores de TSA et les scores de Dysphasie (A : 45a, 36b, 42c ; I1 : 37a, 31b, 34c). Seuls les scores élevés de Retards de langage gênent la pose des orientations diagnostiques TSA pour ces enfants. S'il est cohérent de trouver un si gros retard de langage chez un enfant TSA, nous pouvons tout de même suspecter fortement la présence d'un trouble du spectre autistique.

Après l'analyse de ces résultats nous avons décidé d'établir un seuil minimum de 30a au-dessus duquel tout enfant pourra correspondre à une orientation diagnostique de TSA, si ses autres scores se trouvent dans la même tranche numérique (pas de profil ayant plus de 5 points au-dessus). Cela permettra de corriger le problème de l'orientation diagnostique pour les enfants appartenant au groupe 2 des profils non-déterminés.

Il semble donc possible d'affirmer que notre outil, s'il n'est pas parfaitement sensible démontre tout de même une sensibilité et une fiabilité importantes.

Analysons maintenant les qualités et les limites de cet outil.

II. Intérêts de l'outil

Grâce à un questionnaire anonyme, nous avons pu récolter les avis des différents orthophonistes ayant testé notre outil. Après les passations, chaque professionnel était invité à remplir en ligne un questionnaire composé de questions fermées (de type QCM) et de questions ouvertes. Les réponses aux questions fermées se trouvent dans la partie Résultats. Les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites en Annexe 6. Intéressons-nous donc aux avis et aux propositions de ces orthophonistes.

Tout d'abord, d'un point de vue global, il semble que cet outil ait été très apprécié. 93% des personnes ayant testé cet outil pensent qu'il répond à un besoin des orthophonistes (les autres ne se prononçant pas). Nous avons effectivement récolté de nombreux avis allant dans ce sens dans les questions ouvertes, mettant notamment en avant que notre outil permet de clarifier les choses, de synthétiser les informations, de rassurer les orthophonistes et de les guider dans un diagnostic complexe. Une mission importante car, comme l'explique Rogé (2001), « au plus jeune âge, le diagnostic repose essentiellement sur le jugement du clinicien ».

Il permettrait également d'actualiser les connaissances et de s'assurer de ne pas oublier d'items importants dans ce diagnostic différentiel. Bien sûr, cet outil n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais il est considéré comme « complet » par la plupart des orthophonistes et permettrait, selon eux, de réunir en un outil concis les critères pertinents au diagnostic différentiel, cela dans un temps considéré comme accessible bien que conséquent. Cet outil a été considéré comme pertinent par la totalité des orthophonistes ayant participé à cette étude.

Au niveau de la passation, les retours ont été également positifs, avec un outil que les orthophonistes décrivent comme facile à manier et concis, ne comportant pas d'items superficiels. L'organisation de la grille a été appréciée, notamment au niveau de l'enchaînement des items dans un ordre logique. La simplicité d'évaluation a été soulignée à de nombreuses reprises et la rapidité et la facilité de la cotation ont été valorisées.

Le livret de passation a été considéré comme « très pratique » par la très grande majorité des orthophonistes, avec des explications claires et suffisamment concises et des rappels utiles. L'utilisation de tests préexistants, souvent utilisés, et la possibilité de choisir parmi plusieurs tests ont été relevées comme points positifs.

Nous ajouterons que cette grille représente, à notre sens, un outil intéressant de par sa diversité, puisqu'il allie les différentes modalités d'évaluation possible en orthophonie : anamnèse, observation clinique et épreuves normées. Or, comme l'expriment (Maillart et al., 2014), « *Diagnostiquer la dysphasie est une tâche complexe nécessitant de recourir à la fois à une analyse qualitative clinique des comportements et à l'utilisation de tests standardisés* ».

Enfin, parmi les 25 orthophonistes concernés par la pose du diagnostic de dysphasie en libéral, seuls 3 orthophonistes se disent aptes à poser ce diagnostic. 18 choisissent « ça dépend des enfants » et 4 envoient systématiquement aux centres référents des troubles du langage. Pour rappel, les centres de référence des troubles du langage ont été mis en place à partir de 2001, dans le cadre du plan d'action interministériel en faveur des enfants atteints de troubles spécifiques du langage. Ils sont implantés dans les centres hospitaliers régionaux et sont composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant médecin, orthophoniste, psychologue clinicien ou neuropsychologue, ainsi que psychomotricien, ergothérapeute, instituteur spécialisé. Ces professionnels réalisent des bilans à visée diagnostique. Les bilans permettent de préciser le caractère spécifique du trouble et sa sévérité, de rechercher un éventuel trouble associé. Un examen plus précis des fonctions cognitives permet de préciser le type des troubles et les modalités de prise en charge (Société Française de Pédiatrie et DGS, 2007).

Comme l'exprime bien Monique Touzin (2007), la question du diagnostic des troubles spécifiques en libéral est une question d'actualité : « *Le diagnostic n'est pas toujours simple à poser et à affirmer. Cette difficulté tient au fait que beaucoup de troubles du langage s'inscrivent dans des pathologies diverses et ne sont pas isolés, ce qui veut dire qu'il faut toujours analyser le trouble du langage dans le contexte du développement global de l'enfant. D'où la question souvent posée de savoir qui pose le diagnostic : peut-on le poser en libéral, faut-il toujours adresser dans une structure hospitalière ou un centre référent sur les troubles du langage ?* » - Monique Touzin

Les centres référents des troubles du langage, présents dans toutes les régions, semblent en effet l'endroit idéal pour poser un diagnostic de trouble spécifique au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Mais se pose le sérieux problème de la saturation de ces centres, avec des listes d'attente pouvant excéder 6 mois pour un premier rendez-vous. Notre outil a pour but de guider l'orthophoniste libéral dans ce diagnostic différentiel complexe, afin, notamment, de permettre de désengorger les centres référents, ce qui, à terme, leur permettrait de se concentrer sur les cas les plus complexes ne pouvant être diagnostiqués en libéral. Cette grille permettra également à l'orthophoniste d'orienter l'enfant vers le centre référent le plus pertinent selon son orientation diagnostique (Centre Référent des Troubles du Langage vs Centre Ressources Autisme).

III. Limites et perspectives

Bien que très apprécié, cet outil présente évidemment certaines limites. Quelques-unes, après avoir été mises en avant par les orthophonistes, ont été prises en compte et nous y avons remédié dans la version définitive de la grille que l'on retrouve dans les résultats et en Annexes 4 et 5. D'autres ne pourront être corrigées, par choix ou par moyens, nous nous en excusons. D'autres enfin, ne présentent pas de solutions, mais pourront être soulevées dans les perspectives d'avenir de l'outil.

A. Améliorations

Grâce aux questions ouvertes proposées aux orthophonistes, nous avons pu récolter des suggestions pour le moins intéressantes. Certaines ont pu être adaptées immédiatement et apparaissent dans la version de la grille publiée dans ce mémoire. Regardons de plus près ces propositions faites par ceux qui, au quotidien, utiliseront peut-être un jour notre grille.

Tout d'abord, si la plupart des orthophonistes considèrent qu'il ne manquait pas d'items déterminants, 5 d'entre eux pensent que quelques items auraient pu être ajoutés. Ainsi, la relation aux pairs et les émotions ont été soulevées comme items

manquants ; cependant ils apparaissent dans la grille, sous les appellations d' « amis » pour le premier, et d' « identification des émotions » pour le second.

Concernant la pertinence des items, l'absence de réponse pour les enfants pour qui la répétition n'aide pas sans pour autant aggraver a été énoncée, de même que des items portant plus précisément sur l'alimentation ou sur les autres suivis thérapeutiques de l'enfant. Ces items ont en effet été considérés au moment de l'élaboration de la grille, cependant nous avons choisi d'y renoncer car bien qu'intéressants dans un bilan, ils n'étaient pas discriminants, c'est-à-dire qu'ils n'aidaient en rien au diagnostic différentiel.

C'est également le manque de discrimination pour certaines réponses possibles qui explique l'absence de « lettres de cotation » pour certaines cases, comme l'absence d'épilepsie ou la présence de troubles du langage dans les antécédents familiaux. En effet, si ces deux réponses peuvent nous donner des éléments sur l'enfant, ils ne permettent pas d'orienter le diagnostic entre les différents troubles étudiés ici. De la même manière, le manque de questions concernant les deux années de vie a été mentionné, cependant, nous nous sommes aperçus que des questions supplémentaires sur l'anamnèse n'apporteraient pas forcément d'éléments pertinents concernant le diagnostic différentiel. Bien sûr, comme le précise le livret de passation, notre grille n'est pas exhaustive, et d'autres aspects de l'évaluation de l'enfant (informations anamnestiques, compétences, épreuves) que nous avons considérés comme non-discriminants seront intéressants à aborder pour guider le professionnel dans sa prise en charge.

En revanche, il a été soulevé que l'item « Réactions quand on ne le comprend pas... » ne laissait comme possibilité de réponse que l' « indifférence » ou « colère, pleurs, violence », alors que ces réponses n'étaient pas les seules possibles. Nous avons donc choisi d'ajouter à la version définitive les termes « tristesse, déception » à la suite de la deuxième réponse.

Un des points qui a été très relevé est le suivant : dans notre grille, de nombreux items faisant appel à l'observation clinique proposent, pour évaluer la présence d'un comportement, des réponses en « oui » ou « non ». Lors de l'élaboration de notre grille, nous nous sommes longuement questionnés sur la pertinence de cases supplémentaires comprenant les mentions « plutôt oui » / « plutôt non ». Nous avons finalement choisi de ne pas les inclure car l'utilisation de coefficients nous semblait trop aléatoire, et sans la présence de coefficients, ces cases s'avéraient inutiles, puisque « plutôt oui » comptabiliserait exactement les mêmes points que « oui ». Cependant, il est apparu dans les retours des orthophonistes que la présence de ces cases aurait facilité la passation, certains professionnels ne souhaitant pas de réponses aussi tranchées pour des comportements parfois fluctuants chez l'enfant. Afin de rassurer les orthophonistes et de leur permettre de nuancer leurs réponses, nous ajouterons à la version définitive ces possibilités de réponses, sachant qu'elles comporteront les mêmes cotations que les réponses plus fermes, puisque nous supposons que lorsqu'un comportement est acquis, même s'il n'est pas encore automatisé, nous pouvons considérer que l'enfant est capable de l'acquérir. Nous tiendrons également compte de la demande d'ajouts de cases pour les commentaires, car si ces cases n'apporteront rien à la cotation de la grille, elles permettront au soignant d'avoir à proximité les réponses de l'enfant et ses propres commentaires.

La présentation des items rangés par « colonne de profils » nous a également été suggérée, afin de pallier la difficulté à comptabiliser les lettres profil à la fin de la grille. Nous n'avons pas souhaité mettre en place cette mise en page car nous craignons qu'elle ne brise quelque peu l'objectivité du praticien. Il nous semble positif que le professionnel, durant la passation, ne puisse pas réellement déterminer le profil qui commence à se dessiner pour l'enfant, car alors il risquerait, involontairement, d'influencer sa cotation afin de coller au profil en question.

En revanche, afin de faciliter la cotation, nous retiendrons la proposition d'inclure des cases à la fin de chaque sous-partie, afin de comptabiliser les points au sein de la partie, évitant ainsi des erreurs de calcul dues au trop grand nombre d'items à comptabiliser d'un coup.

La mise en place de cet outil sous format informatisé est également un projet qu'il serait intéressant de réaliser à l'avenir. Le professionnel pourrait sélectionner ses réponses pour chaque item et obtenir automatiquement une orientation diagnostique avec le détail des points de profil de l'enfant. Cela permettrait également de remédier aux difficultés de comptage des points de profil.

Une orthophoniste a également soulevé l'intérêt qu'elle porterait à des références théoriques justifiant la présence des items de notre grille. De telles références seraient extrêmement lourdes à placer dans l'outil lui-même, compte tenu des très nombreux items. Cependant, toutes ces références se trouvant dans la partie théorique de cet écrit, nous inclurons un lien direct vers notre mémoire au livret de passation, afin que les orthophonistes intéressés puissent avoir accès aux données théoriques présentes dans la littérature.

Enfin, il nous a été conseillé de réaliser 2 grilles, l'une comportant les données d'observation clinique et l'autre les épreuves liées à des tests normés. Cette idée, si elle compliquera légèrement l'obtention d'un score par sous-partie, nous a tout de même semblé intéressante car pouvant en effet faciliter la passation. Nous avons donc réalisé ces deux grilles, consultables en Annexes 4 et 5.

A un niveau très pratique, plusieurs petites remarques nous ont également été faites. Tout d'abord, la réponse « trouble du langage » aux antécédents familiaux a interrogé l'une des orthophonistes sur la nature du trouble pour cocher cette case (oral, écrit...). Il s'agit de tous les troubles du langage, puisque nous savons que les troubles du langage écrit peuvent être liés, à l'origine, à des troubles du langage oral. Ceci sera donc désormais précisé dans le livret de passation. Ensuite, il nous a été demandé de lister tous les tests utilisables dans cette grille au début du livret de passation. Enfin, l'ajout des numéros de page a été réclamé. Nous avons donc procédé à ces modifications.

Bien que les retours des orthophonistes aient été particulièrement positifs, nous relevons tout de même des critiques tout à fait justifiées faites à l'outil. Regardons maintenant les limites d'un tel outil d'évaluation.

B. Limites

La longueur de passation a été soulevée à plusieurs reprises, cependant, 38% des orthophonistes considèrent que la durée de passation est correcte, les autres pensent que la passation est longue mais tout de même réalisable. De plus, notre outil a pour but d'être destiné à des bilans initiaux, il est alors normal de prendre un certain temps pour ces bilans. Des orthophonistes ont également trouvé que la passation prenait du temps car il fallait, pour coter correctement les items, consulter régulièrement le livret de passation, mais qu'après une prise en main de l'outil, les passations allaient bien plus vite pour les patients suivants.

Concernant les épreuves normées, certains orthophonistes ont été gênés car beaucoup de tests listés leur manquaient. Ils ont également évoqué que l'une des difficultés étaient l'obligation de se plier, pour chaque épreuve, aux consignes et cotations dudit test. Toutefois, l'utilisation des épreuves normées nous semblant absolument indispensable, il s'agit d'une limite de notre grille à laquelle nous choisirons de ne pas remédier.

Concernant les tests normés, il a également été soulevé qu'il était parfois impossible d'administrer ces épreuves normées aux enfants, car leur niveau ne correspondait pas, et qu'ils n'avaient parfois aucun langage. La cotation incomplète de la grille n'est pas un problème, puisque nous avons pu observer qu'elle ne produit pas de faux positifs. Le seul risque de non-cotation de nombreux items seraient donc d'aboutir à un profil non-déterminé de type Groupe 1 (différenciation impossible entre un retard de langage ou une dysphasie). Pour ce qui est du diagnostic différentiel entre les troubles du spectre autistique et les pathologies du langage, les parties les plus discriminantes étant le développement de l'enfant et la communication, la non-cotation des épreuves normées ou des épreuves de langage ne devrait pas gêner la pose d'une orientation diagnostique à ce niveau là.

Enfin, aux limites évoquées par les orthophonistes, nous ajouterons l'incapacité de la grille, dans 15% des cas, à déterminer un profil (ces 15% correspondent aux 5 enfants appartenant au Groupe 1 des enfants à profil non-déterminé).

Nous dénoncerons également, comme limite, que notre outil se base sur les marqueurs de déviance pour poser le diagnostic différentiel, mais le postulat de marqueurs de déviance est critiqué comme pouvant être l'expression des représentations de stratégie palliative : « la production d'énoncés ne satisfait pas uniquement des normes grammaticales, mais aussi des exigences liées au succès de l'échange verbal, aux fonctions de la parole et non aux structures de la langue » (Forest, 2005). Toutefois, quelle que soit l'origine de ces marqueurs (déficit linguistique ou compensation), ils n'en sont pas moins observés chez les enfants dysphasiques et peuvent donc bien servir de critères diagnostiques.

C. Perspectives d'avenir

Les résultats de notre étude sont donc positifs quant à l'intérêt et à la fiabilité d'un outil tel que la grille que nous venons de créer. Mais si l'élaboration de cet outil s'achève, il doit désormais, comme tout bilan orthophonique, être validé. Cette validation fera l'objet d'un mémoire sur l'année 2015-2016 à Bordeaux. L'outil sera testé sur des enfants âgés de 2 ans 6 à 5 ans 6 se présentant pour un bilan initial.

L'idée d'une mise à disposition informatique est également intéressante et pourra donner lieu à une poursuite du travail sur cet outil. Nous espérons que l'outil, complet et validé, pourra bientôt voir le jour dans les cabinets d'orthophonie.

Conclusion

« Dans la théorie, le trouble du langage et le trouble du spectre autistique sont deux choses très différentes, mais dans la pratique, on remarque que la frontière est parfois fine. » Taylor & al, 2014

Taylor exprime ici ce que nombre d'orthophonistes savent au quotidien, cette difficulté à poser précocement un diagnostic différentiel, alors même que les pathologies sont si différentes. Cette frontière entre la théorie, comprenant étiologie et définitions, et l'enfant qui, devant nous, ne rentre dans aucune « case ». Cette détresse des parents dans l'attente d'un diagnostic pour savoir, pour agir enfin, le professionnel ne la connaît que trop bien. Alors que faire, quand les institutions ne peuvent traiter toutes les demandes, quand les enfants sont bel et bien à 6 mois près ?

Diagnostiquer...

Seul, de son cabinet libéral. Prendre précocement ce risque qui nous effraye, mais qui rapporte tellement plus qu'il ne coûte. Pour pouvoir, dès le plus jeune âge adapter la prise en charge et l'environnement de l'enfant selon ses besoins. Pour soulager l'entourage et construire ensemble le monde adéquat pour cet enfant.

C'est ce que nous avons souhaité créer à travers cet outil.

Une aide pour le clinicien, une perspective d'avenir pour l'enfant.

Bibliographie

1. **ABCN, R. A. B. P. A.** (1981). *Hyperactive Children: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (New edition). New York: The Guilford Press.
2. **Adrien, J.-L., & Gattegno, M. P.** (2011). *L'autisme de l'enfant: évaluations, interventions et suivis*. Wavre: Mardaga.
3. **Aguilar-Mediavilla, E. M., Sanz-Torrent, M., & Serra-Raventos, M.** (2002). A comparative study of the phonology of pre-school children with specific language impairment (SLI), language delay (LD) and normal acquisition. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 16(8), 573-596.
4. **Aimard, P.** (1988). *Les troubles du langage chez l'enfant*. Presses Universitaires de France.
5. **Ajuriaguerra, J, Borel-Maisonny, S, Diatkine, S, Narlian, S, & Stamback, M.** (1958). Le groupe des audimutités. *Psychiatr Enf*, (1), 7-62.
6. **Ajuriaguerra J, Jaeggi A, Guignard F, Kocher F, Maquard M, & Roth S.** (1965). Évolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant. *Psychiatr Enf*, (8), 391 - 453.
7. **American Psychiatric Association.** (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ème édition). Washington DC.
8. **ANAES.** (2001, mai). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
9. **Andrieux, H.** (2011). *La prise en charge des enfants dysphasiques analyse et recherche des bénéfices d'un diagnostic précoce d'une prise en charge orthophonique intensive et d'un apprentissage de la lecture anticipée*. Université De Nice Sophia-Antipolis.
10. **Angelman, C.** (2006). Prise en charge orthophonique de l'enfant autiste : mise en place et étayage de la communication.

11. **Antheunis P., Ercolani-Bertrand F., & Roy S. (2006).** *Dialogoris 0-4 ans, bilans orthophoniques précoces et prévention pour l'enfant de 0 à 4 ans et sa famille.* Nancy: Commédic.
12. **Aram, D. M., & Nation, J. E. (1980).** Preschool language disorders and subsequent language and academic difficulties. *Journal of Communication Disorders*, 13(2), 159-170.
13. **Archibald, L., & Gathercole, S. (2006).** Short-term and working memory in specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(6), 675-693.
14. **Baird, G., Cass, H., & Slonims, V. (2003).** Diagnosis of autism. *BMJ*, 327(7413), 488-493.
15. **Baird, G., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., ... Simonoff, E. (2008).** Regression, developmental trajectory and associated problems in disorders in the autism spectrum: the SNAP study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1827-1836.
16. **Bassano. (2001).** Comment le langage vient aux enfants. In *Bulletin scientifique de l'arapi* (p. 22-28). Tours.
17. **Bates, E. (1979).** *The Emergence of Symbols: Cognition and Communication in Infancy.* New York: Academic Press Inc.
18. **Beaujeard Valentin, & Sirieix Natacha. (2014, juin).** *Traduction française du protocole du VB – MAPP et comparaison avec l'ECSP: Etudes de cas auprès d'enfants atteints de troubles du spectre autistique et présentant un âge de développement entre 1 et 48 mois.* Université Claude Bernard Lyon1.
19. **Belot, C., & Tricot, M. (2001).** *Les tests en orthophonie. Tome 1, Tome 1.,* Isbergues: Ortho éd.
20. **Benaïs Valérie. (s. d.).** *La prise en charge orthophonique des enfants dysphasiques - De l'évaluation à la rééducation* (Orthoédition).
21. **Benedict, H. (1979).** Early lexical development: comprehension and production. *Journal of Child Language*, 6(02), 183–200.

- 22. Bernicot, J.** (2004). Après-propos. *Enfance*, 56(1), 123.
- 23. Billard, C.** (2001). Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant: une contribution à la prévention de l'illettrisme. *Journal De Pédiatrie Et De Puericulture*, 14(1), 35-40.
- 24. Billard C.** (2004). Les dysphasies, le diagnostic et ses limites. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 16(76/77), 23-26.
- 25. Billard, Catherine, Touzin, Monique, & et Coll.** (2004). *L'état des connaissances* (Signes Editions, Vol. Livret Langage Oral 3).
- 26. Bishop, D. V., & Edmundson, A.** (1987). Language-impaired 4-year-olds: distinguishing transient from persistent impairment. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52(2), 156-173.
- 27. Bishop D.V.M., & Norbury C.** (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (43), 917 - 929.
- 28. Bishop, D.V.M., North, T, & Donlan, C.** (1996). Nonword repetition as a behavioural marker for inherited language impairment: evidence from a twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (37), 391-403.
- 29. Bonifacio, S., Girolametto, L., Bulligan, M., Callegari, M., Vignola, S., & Zocconi, E.** (2007). Assertive and responsive conversational skills of Italian-speaking late talkers. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(5), 607-623.
- 30. Bortolini, U., & Leonard, L. B.** (2000). Phonology and children with specific language impairment: status of structural constraints in two languages. *Journal of Communication Disorders*, 33(2), 131-149; quiz 149-150.
- 31. Botting, N., & Conti-Ramsden, G.** (2001). Non-word repetition and language development in children with specific language impairment (SLI). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(4), 421-432.
- 32. Boysson-Bardies.** (1996). *De l'universalité et des spécificités du développement langagier précoce.*

- 33. Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2002).** *La Naissance du langage dans les deux premières années.* Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- 34. Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2009).** *La naissance du langage dans les deux premières années.* Paris: Presses universitaires de France.
- 35. Brin, F. (2004).** *Dictionnaire d'orthophonie.* Ortho Edition.
- 36. Bruner, J. S. (2012).** *Comment les enfants apprennent à parler situation initiale du tout-petit, processus d'acquisition et rôle de l'adulte.* Paris: Retz.
- 37. Butterworth, G., & Cochran, E. (1980).** Towards a Mechanism of Joint Visual Attention in Human Infancy. *International Journal of Behavioral Development*, 3(3), 253-272.
- 38. Camaioni, L., & Aureli, T. (2002).** Trajectoires développementales et individuelles de la transition vers la communication symbolique. *Enfance*, 54(3), 259-275.
- 39. Camarata, S. (2014).** Early identification and early intervention in autism spectrum disorders: Accurate and effective? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 1-10.
- 40. Campbell, T., Dollaghan, C., Needleman, H., & Janosky, J. (1997).** Reducing bias in language assessment: processing-dependent measures. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 40(3), 519-525.
- 41. Chabane, N. (2012).** Le diagnostic précoce dans les troubles du spectre autistique. *Annales Medico-psychologiques*, 170(7), 462-466.
- 42. Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., & et, al. (2011).** IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine*, 41(3), 619-27.
- 43. Chawarska, K., Macari, S., & Shic, F. (2013).** Decreased spontaneous attention to social scenes in 6-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 74(3), 195-203.

- 44. Chevrie-Muller, C.** (2007). *Le langage de l'enfant: aspects normaux et pathologiques*. Elsevier Masson.
- 45. Chevrie-Muller, C., & Pierart, B.** (2005). *Le langage de l'enfant: comment l'évaluer ?*. De Boeck.
- 46. Chomsky, N.** (1957). Syntactic Structures. *Language*, 33(3), 375-408.
- 47. Clark, Eve.** (1993). The lexicon in acquisition. *Cambridge studies in linguistic*, (65).
- 48. Clark, Eve.** (2002). *First Language Acquisition*. Cambridge University Press.
- 49. Cockburn, J., Wilson, B., Baddeley, A., & Hiorns, R.** (1990). Assessing everyday memory in patients with dysphasia. *British Journal of Clinical Psychology*, 29 (Pt 4), 353-360.
- 50. Comblain, A.** (2004). La composante morphosyntaxique du langage dans les dysphasies : données d'observation francophones. *Enfance*, 56(1), 36.
- 51. Conti-Ramsden, G., & Botting, N.** (1999). Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 42(5), 1195-1204.
- 52. Conti-Ramsden, G., & Botting, N.** (2001). Psycholinguistic Markers for Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 741-748.
- 53. Coquet, F.** (2004). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent: méthodes et techniques de rééducation*. Ortho édition.
- 54. Coquet, F., & Ferrand, P.** (2004). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent méthodes et techniques de rééducation*. Isbergues (Pas-de-Calais): Ortho édition.
- 55. Coquet, Françoise.** (2002). Le bilan de langage oral. *Rééducation Orthophonique*, (212), 13-42.
- 56. Coquet, Françoise.** (2010). L'émergence de la communication et du langage. *Rééducation Orthophonique*, (244).

- 57. Coudougnan, E.** (2012). Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique. *Rééducation Orthophonique*, (249), 77-90.
- 58. Crunelle, Dominique.** (2010). S'attacher pour mieux se détacher : l'impact des interactions précoces sur l'émergence du langage. *Rééducation Orthophonique*, (244).
- 59. Cuny, F, & Gasser, F.** (2000). Evaluation des capacités de communication verbale et non verbale chez l'enfant autiste. *GLOSSA : Les Cahiers de l'UNADREO*, (70), 4-14.
- 60. D'Alboy A.** (2001). Dysphasies : Définition du concept et technique de remédiation. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 13(61), 21-25.
- 61. Danion-Grilliat, Anne, & Burzstejn, Claude.** (2001). Problèmes posés par le diagnostic précoce de l'autisme infantile chez le très jeune enfant. *Rééducation Orthophonique*, (207), 25-36.
- 62. Dansart, P.** (2000). L'autisme, handicap de communication. *GLOSSA : Les Cahiers de l'UNADREO*, (70), 32-41.
- 63. Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... Varley, J.** (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-23.
- 64. Dei Cas Paula.** (2007). La pratique du bilan de langage oral chez l'enfant en cabinet libéral : Quelles ressources ? Quelles attentes ? *Rééducation Orthophonique*, (231), 129-138.
- 65. Delahaie, M.** (2004). *De la difficulté au trouble : l'évolution du langage chez l'enfant*. Éditions INPES.
- 66. Denni-Krichel, N.** (2012). Apport de l'orthophonie dans la formation des aidants des personnes avec TED. *Rééducation Orthophonique*, (249).
- 67. Deschryver, L.** (2013). *Évaluation de la communication dans des situations de vie quotidienne d'enfants et d'adolescents dysphasiques : Elaboration d'un questionnaire*. Université de Bordeaux.

- 68. Dollaghan, C., & Campbell, T. F.** (1998). Nonword Repetition and Child Language Impairment. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 41(5), 1136.
- 69. Douniol, M.** (2006). Autisme infantile : repérer et orienter... *Médecine*, 2(6), 261-266.
- 70. Dufour, M.** (2012, juin). *Comptines malignes : et si les comptines devenaient faciles. Adaptation de comptines destinées aux jeunes enfants présentant un retard de parole et/ou de langage, jusque 6 ans.* Université Lille 2 Droit et santé.
- 71. Dupré Savoy, Jacinthe.** (2007). Dysphasie et accompagnement familial précoce. *Rééducation Orthophonique*, (230), 109-126.
- 72. Mazeau, M.** (1997). *Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant. Du trouble à la rééducation, 2ème édition.*
- 73. Elizabeth Bates, L. C.** (1975). The acquisition of performatives prior to speech. *Merrill-Palmer Quarterly*, 205-226.
- 74. Ellis Weismer, S., Gernsbacher, M., Stronach, S., Karasinski, C., Eernisse, E., Venker, C., & Sindberg, H.** (2011). Lexical and Grammatical Skills in Toddlers on the Autism Spectrum Compared to Late Talking Toddlers. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 41(8), 1065-1075.
- 75. Ellis Weismer, S., Tomblin, J. B., Zhang, X., Buckwalter, P., Chynoweth, J. G., & Jones, M.** (2000). Nonword repetition performance in school-age children with and without language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 43(4), 865-878.
- 76. Fenson and al.** (1993). The MacArthur Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual.
- 77. Florence George-Poracchia, & Pech-Georgel, C.** (2007). *Prises en charge rééducatives des enfants dysphasiques : actes du colloque.* Solal.
- 78. Florin, A.** (1999). *Le développement du langage.* Dunod.

- 79. Forest, D.** (2005). *Histoire des aphasies : Une anatomie de l'expression*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- 80. Franc, S, & Gerard, CL.** (2004). Devenir scolaire des enfants dysphasique. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 16(76-77), 123-132.
- 81. Friedmann, N., & Novogrodsky, R.** (2007). Is the movement deficit in syntactic SLI related to traces or to thematic role transfer? *Brain & Language*, 101(1), 50-63.
- 82. Gathercole, S. E., & Baddeley, A. D.** (1990). The role of phonological memory in vocabulary acquisition: A study of young children learning new names. *British Journal of Psychology*, 81(4), 439-454.
- 83. Gagnol, P., Topouzkhian, S., & Rousseau, T.** (2013). *Les approches thérapeutiques en orthophonie. 1, Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral*. Ortho édition.
- 84. Genouvrier, É.** (2004). *Dysphasie, retard de langage : évaluation de la parole et propositions de travail clinique*. Ortho édition.
- 85. George Florence.** (2007). Les dysphasies. *Rééducation Orthophonique*, (230), 7-24.
- 86. Gérard, C.-L.** (1991). *L'enfant dysphasique*. Ed. universitaires.
- 87. Gérard, C.-L.** (1993). *L'enfant dysphasique : évaluation et rééducation*. De Boeck Université.
- 88. Girardot, A. M., De Martino, S., Rey, V., & Poinso, F.** (2009). Étude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(4), 267-274.
- 89. Goetz-Georges M.** (2006). *Apprendre à parler avec des comptines, 30 activités pour développer les compétences langagières, maternelle* (Retz). Paris.
- 90. Goldberg, W. A., Osann, K., Filipek, P. A., Lulhere, T., Jarvis, K., Modahl, C., ... Spence, M. A.** (2003). Language and other regression: assessment and timing. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 607-616.

- 91. Golder, C., Guy-Brassart D, & Gaonac D.** (1995). *Manuel de psychologie pour l'enseignement* (Hachette Éducation). Paris.
- 92. Gregoire.** (2006). Propriétés métriques des tests de langage et leurs implications pratiques. In *Les bilans de langage et de voix* (Masson, p. 14-26). Paris.
- 93. Grimshaw, A. D.** (1978). Review. *Language in Society*, 7(2), 255-260.
- 94. Hagner, M.** (1822). *Des cerveaux de génie: une histoire de la recherche sur les cerveaux d'élite*. Les Editions de la MSH.
- 95. Haute Autorité de Santé.** (2005). Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.
- 96. Hesketh, A.** (2004). Grammatical performance of children with language disorder on structured elicitation and narrative tasks. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 18(3), 161-182.
- 97. Hill, E.** (2001). Non-specific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(2), 149-171.
- 98. Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J., Chambres, E., & Chambres, P.** (2010). *Apprendre aux enfants autistes à comprendre la pensée des autres ; guide pratique*. Bruxelles: De Boeck.
- 99. Hudry, K., Leadbitter, K., Temple, K., Slonims, V., McConachie, H., Aldred, C., ... PACT Consortium.** (2010). Preschoolers with autism show greater impairment in receptive compared with expressive language abilities. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 45(6), 681-690.
- 100. Hutman, T.** (2013). From Attention to Interaction: The Emergence of Autism During Infancy. *Biological Psychiatry*, 74(3), 162-163.
- 101. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), & IGEN (Inspection générale de l'éducation nationale).** (2002, janvier). Enquête sur le rôle des dispositifs médicosocial, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage.

- 102. Jakubowicz, C.** (2003). Hypothèses psycholinguistiques sur la nature du trouble dysphasique. In *Les dysphasies* (Masson, p. 23-70). Paris.
- 103. Jakubowicz, C., & Nash, L.** (2001). Functional categories and syntactic operations in (Ab)normal language acquisition. *Brain and Language*, 77(3), 321-339.
- 104. Jakubowicz, C., Nash, L., Rigaut, C., & Gérard, C.-L.** (1998). Determiners and Clitic Pronouns in French-Speaking Children with SLI. *Language Acquisition*, 7(2/4), 113-160.
- 105. Jean Berko Gleason.** (1985). *The development of language*.
- 106. Jones, L., & Campbell, J.** (2010). Clinical characteristics associated with language regression for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 40(1), 54-62.
- 107. Kail, M.** (2012). *L'acquisition du langage*. P.U.F.
- 108. Kamhi, A. G., Catts, H. W., Mauer, D., Apel, K., & Gentry, B. F.** (1988). Phonological and spatial processing abilities in language- and reading-impaired children. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53(3), 316-327.
- 109. Kanner, L.** (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- 110. Kanne, S. M., Gerber, A. J., Quirnbach, L. M., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A.** (2011). The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: implications for functional outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1007-1018.
- 111. Kern, Sophie.** (2006). Le développement du langage chez le jeune enfant.
- 112. Kern, Sophie.** (2010). Les premiers mots du jeune enfant français : Analyse quantitative et qualitative du vocabulaire réceptif et expressif des deux premières années de vie. *Rééducation Orthophonique*, (244).
- 113. Konopczynski, G.** (1991). *Le langage émergent : aspects vocaux et mélodiques* (Buske Verlag). Hambourg.

- 114. Kremer, J.-M., & Denni-Krichel, N.** (2010). *Prévenir les troubles du langage des enfants*. Paris: Ed. J. Lyon.
- 115. Kunz, L., & Devevey, A.** (2013). *Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ? modes d'intervention*. De Boeck-Solal.
- 116. Lainhart, J. E., Ozonoff, S., Coon, H., Krasny, L., Dinh, E., Nice, J., & McMahon, W.** (2002). Autism, regression, and the broader autism phenotype. *American Journal of Medical Genetics*, 113(3), 231-237.
- 117. Lambert, Jany, Perrier, Danièle, & David-Grignot, Danielle.** (2001). Evaluation et prise en charge des troubles de la mémoire sémantique. *Rééducation Orthophonique*, (208).
- 118. Lavielle, M, Bassano, D, Adrien, J-L, & Barthélémy, C.** (2003). Etude développementale des troubles langagiers chez l'enfant autiste : lexique, morphosyntaxe et pragmatique. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, (73), 164-172.
- 119. Leclerc, M-C.** (2005). Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés. *Rééducation Orthophonique*, (221), 157-169.
- 120. Leclercq, A.-L., & Leroy, S.** (2012). Introduction générale à la dysphasie : Caractéristiques linguistiques et approches théoriques.
- 121. Leloup, G.** (2007). De la nécessité d'un cadre méthodologique d'évaluation du langage oral. *Rééducation Orthophonique*, (231), 11-24.
- 122. Le Normand, M-T.** (2004). Le développement du langage. In *L'état des connaissances* (Signes Editions, Vol. Livret Langage Oral 3).
- 123. Le Normand, MT.** (2007). Evaluation de la production spontanée du langage oral et de l'activité sémantique du récit chez l'enfant d'âge préscolaire. *Rééducation Orthophonique*, (231), 53-73.
- 124. Leonard, L. B.** (1972). What is Deviant Language? *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37(4), 427.

- 125. Leonard, L. B.** (1991). A Closer Look at Explanation in the Study of Specific Language Impairment: The Author's Reply to the Commentaries. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 22(2), 88.
- 126. Leonard, L. B., Cole, B., & Steckol, K. F.** (1979). Lexical usage of retarded children: an examination of informativeness. *American Journal of Mental Deficiency*, 84(1), 49-54.
- 127.** Les troubles dysphasiques de l'enfant. (1998). *ORTHOMagazine*, (28).
- 128. Lewis, Murdock, & Woodyatt.** (2007). Linguistic abilities in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, (1), 85-100.
- 129. Loisy, C.** (2001). Le développement du langage.
- 130. Lord, C, Rutter, M, DiLavore, PC, & Risi, S.** (2001). *ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule* (Western Psychological Services). Los Angeles.
- 131. Lussier, F.** (2009). *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*. Dunod.
- 132. Maestro, S., Muratori, F., Barbieri, F., Casella, C., Cattaneo, V., Cavallaro, M. C., ... Palacio-Espasa, F.** (2001). Early behavioral development in autistic children: the first 2 years of life through home movies. *Psychopathology*, 34(3), 147-152.
- 133. Maillart, C., Desmottes, L., & Meulemans, T.** (2014). La dysphasie chez l'enfant. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 26(131), 345-409.
- 134. Maillart, C., Schelstraete, M.-A., & Hupet, M.** (2004). Les représentations phonologiques des enfants dysphasiques. *Enfance*, 56(1), 46.
- 135. Marchal, F., Chevignard, M., Laurent-Vannier, A., & Quentin, V.** (2006). Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne chez l'enfant. In *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p. 91-108). Paris: Springer-Verlag.

- 136. Marchand, MH, Saunier-Robine, J, & Berghone A,.** (1996). Les dysphasies. *L'école maternelle française*.
- 137. Marte K., & Leroy-Collombel M.** (2010). Du gazouillis au premier mot : rôle des compétences préverbaux dans l'accès au langage. *Rééducation Orthophonique*, (244), 77-94.
- 138. Marton, K., & Schwartz, R.** (2003). Working memory capacity and language processes in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 46(5), 1138-1153.
- 139. Matson, Gonzalez, & Wilkins.** (2009). Validity study of the Autism Spectrum Disorders-Diagnostic for Children (ASD-DC). *Research in Autism Spectrum Disorders*, (3), 196 - 206.
- 140. Matson, J. L., Kozlowski, A. M., & Matson, M. M.** (2012). Speech deficits in persons with autism: Etiology and symptom presentation. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 573-577.
- 141. Mazeau, M.** (1999). *Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant : du trouble à la rééducation*. Masson.
- 142. McCleery, J., Tully, L., Slevc, L., & Schreibman, L.** (2006). Consonant production patterns of young severely language-delayed children with autism. *Journal of Communication Disorders*, 39(3), 217-231.
- 143. Menyuk, P.** (1964). Comparison of Grammar of Children with Functionally Deviant and Normal Speech. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 7(2), 109.
- 144. Messerschmitt, P.** (1998). Dépression : les enfants aussi. *ORTHOMagazine*, (26), 21-22.
- 145. Michallet, B, Boudreault, P, Théolis, M, & et al.** (2004). Dysphasie et fonctionnement familial : des parents nous font part de leur perception. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 16(76-77), 38-41.
- 146. Milcent, C.** (2001). Orthophonie et autisme : les attentes des parents. *Rééducation Orthophonique*, (207), 5-10.

- 147. Monfort, M.** (1996). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales : une proposition de modèle interactif*. l'Ortho éd.
- 148. Monfort, Marc.** (2005). Troubles pragmatiques chez l'enfant : nosologie et principes d'intervention. *Rééducation Orthophonique*, (221), 85-101.
- 149. Monfort, Marc.** (2007). Les objectifs de l'intervention langagière dans les troubles graves de l'acquisition du langage. *Rééducation Orthophonique*, (230), 127 - 148.
- 150. Monfort, M., & Juarez Sanchez, A.** (1996). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales : Une proposition de modèle interactif*. Isbergues: Ortho Edition.
- 151. Monfort, M., & Juarez Sanchez, A.** (2001). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Ortho Edition.
- 152. Montfort, M., Juarez, A., Montfort Juarez, I.** (s. d.) Les troubles de la pragmatique chez l'enfant.
- 153. Moreau, M.-L.** (1997). *L'acquisition du langage*. Mardaga.
- 154. Moscovici, S.** (1959). G. A. Miller, ~-Langage et communication~--. *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 12(2), 191-192.
- 155. Mundy, P, & Markus, J.** (1997). On the nature of communication and language impairment in autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, (3), 343-349.
- 156. Nadel, J.** (2004). Avant-propos. *Enfance*, 56(1), 3.
- 157. Nadel, J.** (2005). Imitation et autisme. *Cerveau & Psycho*, (4).
- 158. Nadel, J., Pierart, B., Parisse, C., Maillart, C., Comblain, A., Schelstraete, M.-A., ... Bernicot, J.** (2004). Les dysphasies chez l'enfant : approche francophone. *Enfance*, 56(1), 5-123.

- 159. Organisation mondiale de la santé.** (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10*. OMS.
- 160. Owen, A. J., Dromi, E., & Leonard, L. B.** (2001). The phonology-morphology interface in the speech of Hebrew-speaking children with specific language impairment. *Journal of Communication Disorders*, 34(4), 323-337.
- 161. Ozonoff, S., & Strayer, D.** (2001). Further evidence of intact working memory in autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 31(3), 257-263.
- 162. Ozonoff, S., Williams, B. J., & Landa, R.** (2005). Parental report of the early development of children with regressive autism: the delays-plus-regression phenotype. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 9(5), 461-486.
- 163. Paradis, J., & Crago, M.** (2000). Tense and temporality: a comparison between children learning a second language and children with SLI. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 43(4), 834-847.
- 164. Parisse, C., & Maillart, C.** (2004). Le développement morphosyntaxique des enfants présentant des troubles de développement du langage : données francophones. *Enfance*, 56(1), 20.
- 165. Parisse, C., & Maillart, C.** (2007). Phonology and syntax in French children with SLI: a longitudinal study. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 21(11-12), 945-951.
- 166. Parot, F., & Doron, R.** (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Presses universitaires de France.
- 167. Peeters, T.** (2014). *L'autisme - De la compréhension à l'intervention* (2e édition). Paris: Dunod.
- 168. Pickles, A., Simonoff, E., Conti-Ramsden, G., Falcaro, M., Simkin, Z., Charman, T., ... Baird, G.** (2009). Loss of language in early development of autism and specific language impairment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(7), 843-852.
- 169. Pierart, B.** (2004). *Les dysphasies chez l'enfant: approche francophone*. Paris: Presses Univ. de France.

- 170. Pierart, B.** (2004). Les dysphasies chez l'enfant : un développement en délai ou une construction langagière différente ? *Enfance*, 56.
- 171. Pierart, B.** (2004). Sémantique lexicale dans le syndrome phonologique syntaxique : données d'observation francophones. *Enfance*, 56(1), 80.
- 172. Pierart, B., & Estienne, F.** (2006). *Les bilans de langage et de voix : fondements théoriques et pratiques*. Masson.
- 173. Pierart B, & Seron X.** (2008). La dysphasie. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 20(99), 185 - 276.
- 174. Pierart, B., Seron, X., Bishop, D., Bonnier, C., Gerard, S., Maillart, C., ... Thomas, N.** (2008). La dysphasie. *La dysphasie.*, (99), 191-250.
- 175. Pillière, E.** (2010, juin). *Essai d'adaptation des méthodes d'apprentissage du français langue étrangère auprès d'enfants dysphasiques : quel intérêt dans le cadre de la prise en charge en orthophonie ?*. Université Henri Poincaré Nancy 1.
- 176. Plaza M.** (2004). Le développement du langage et ses dysfonctionnements. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 16(76/77), 16-22.
- 177. Poslawsky, I., E., Naber, F. B. A., Van Daalen, E., & Van Engeland, H.** (2014). Parental reaction to early diagnosis of their children's autism spectrum disorder: an exploratory study. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(3), 294-305.
- 178. Rappin I.** (2006). Language heterogeneity and regression in the autism spectrum disorders – Overlaps with other childhood language regression syndromes. *Clinical Neuroscience*, (6), 209 - 218.
- 179. Rapin, I. & Allen, DA.** (1983) Developmental language disorders : nosologic consideration. *Neuropsychology of language reading and spelling*, 155 - 184.
- 180. Rappin I, & Allen DA.** (1988). Syndromes in developmental dysphasia and adult aphasia. *Language communication and the brain*, 57-75.

- 181. Redmond, S. M., & Rice, M. L.** (1998). The socioemotional behaviors of children with SLI: Social Adaptation or Social Deviance? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 41(3), 688-700.
- 182. Reed, V., Patchell, F., Coggins, T., & Hand, L.** (2007). Informativeness of the spoken narratives of younger and older adolescents with specific language impairment and their counterparts with normal language. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 21(11-12), 953-960.
- 183. Renty, J., & Roeyers, H.** (2006). Satisfaction with formal support and education for children with autism spectrum disorder: the voices of the parents. *Child: Care, Health and Development*, 32(3), 371-385.
- 184. Rogé, Bernadette, Magerotte, G, & Fremolle-Kruck, J.** (2001). Les enjeux de l'intervention précoce dans l'autisme. *Rééducation Orthophonique*, (207), 101-108.
- 185. Rogers, S. J.** (2004). Developmental regression in autism spectrum disorders. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(2), 139-143.
- 186. Rondal, J.-A.** (1997). *L'évaluation du langage*. P. Mardaga.
- 187. Rousseau, T.** (2008). *Les approches thérapeutiques en orthophonie*. Ortho éd.
- 188. Roustit, J.** (2007). De l'évaluation du langage oral chez le jeune enfant. *Rééducation Orthophonique*, (231), 3-10.
- 189. Ryder, N., Leinonen, E., & Schulz, J.** (2008). Cognitive approach to assessing pragmatic language comprehension in children with specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(4), 427-447.
- 190. Sanders, C.** (1979). *Cours de linguistique générale de Saussure*. Hachette.
- 191. Schelstraete, M.-A.** (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : interventions et indications cliniques*. Elsevier Masson.
- 192. Schelstraete, M.-A., Collette, E., Durieux, N., Gabriel, A., Chevrier-Muller, C., & Maillart, C.** (2012). *Les dysphasies : de l'évaluation à la rééducation*. Elsevier Masson.

- 193. Seron, X., & Rondal, J.-A.** (1999). *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*. Mardaga.
- 194. Siperstein, R., & Volkmar, F.** (2004). Brief report: parental reporting of regression in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(6), 731-734.
- 195. Soares-Boucaud, I, Labruyère, N, Jery, S, & Georgieff, N.** (2009). Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage. *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*.
- 196. Stokes, S., Wong, A., Fletcher, P., & Leonard, L.** (2006). Nonword repetition and sentence repetition as clinical markers of specific language impairment: the case of Cantonese. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 49(2), 219-236.
- 197. Tager-Flusberg, H.** (1989). A psycholinguistic perspective on language development in the autistic child. *Autism. New directions on diagnosis, nature, and treatment*, (0).
- 198. Taylor, L., Maybery, M., Grayndler, L., & Whitehouse, A.** (2014). Evidence for Distinct Cognitive Profiles in Autism Spectrum Disorders and Specific Language Impairment. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 44(1), 19-30.
- 199. Théron, B.** (2010). Les comportements précurseurs de la communication : précurseurs pragmatiques, précurseurs formels, précurseurs sémantiques. *Rééducation Orthophonique*, (244).
- 200. Thordardottir, E., Kehayia, E., Mazer, B., Lessard, N., Majnemer, A., Sutton, A., ... Chilingaryan, G.** (2011). Sensitivity and Specificity of French Language and Processing Measures for the Identification of Primary Language Impairment at Age 5. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 54(2), 580-597.
- 201. Touzin, Monique.** (2004). Etre enfant et dysphasique. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, (76-77), 13-15.
- 202. Touzin, Monique.** (2007). Introduction. *Rééducation Orthophonique*, (230), 3-6.
- 203. Touzin, Monique, & Vaivre-Douret, L.** (1999). Les difficultés d'apprentissage. *ADEP*, (26), 30-35.

- 204. Ullstadius, E., & Heimann, M.** (1996). Imitation et troubles développementaux. *Enfance*, 49(1), 35-37.
- 205. Uzé, J., & Bonneau, D.** (2004). Aspects pédopsychiatriques des dysphasies : données médico-psychopathologiques. *Enfance*, 56(1), 113.
- 206. Valentin, É.** (2003). « Des enfants sans langage », de Laurent Danon-Boileau. *Revue française de psychanalyse*, 67(3), 1075.
- 207. Valicenti-McDermott, M., Hottinger, K., Seijo, R., & Shulman, L.** (2012). Age at Diagnosis of Autism Spectrum Disorders. *The Journal of Pediatrics*, 161(3), 554-556.
- 208. Vallée, L., & Dellatolas, G.** (2005, octobre). Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage. Direction Générale de la Santé.
- 209. Van der Lely, H. K., & Stollwerck, L.** (1997). Binding theory and grammatical specific language impairment in children. *Cognition*, 62(3), 245-290.
- 210. Van Hout, A.** (1989). Aspects du diagnostic des dysphasies. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, (1), 11-15.
- 211. Vinter, S.** (1994). *L'émergence du langage de l'enfant déficient auditif - Des premiers sons aux premiers mots.* (Masson). Paris.
- 212. Ward, S.** (1999). An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 34(3), 243-264.
- 213. Webb, S., Jane, Jones, E. J. H., Kelly, J., & Dawson, G.** (2014). The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 36-42.
- 214. Weck, G. de, & Rosat, M.-C.** (2003). *Troubles dysphasiques: comment raconter, relater, faire agir à l'âge préscolaire.* Paris: Masson.

215. **Wetzburger, C.** (2004). Dysphasie de développement : approche neuropédiatrique. *Enfance*, 56(1), 107.
216. **Wing, L., & Gould, J.** (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), 11-29.
217. **Wong, A., Leung, C., Siu, E., & Lam, C.** (2012). Validating the language domain subtest in a developmental assessment scale for preschool children. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1633-1641.
218. **Wood, H., & Eliez, S.** (2010). Diagnostic et prises en charge précoces des enfants avec autisme. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, (16), 37-42.
219. **Zesiger P, Brun M, & Nanchen T.** (2004). Les relations entre l'oral et l'écrit dans l'acquisition du langage. *ANAE. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 16(76/77), 80-85.
220. **Zylberberg, P., Charles, E., Lapierre, M., Pascouau, S., Maurin, L., & Bouley, J.-C.** (2011). Évaluation des troubles autistiques avant trois ans : l'expérience de l'« UNIDEP » (Unité de dépistage et d'évaluation précoce des troubles envahissants du développement). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5), 279-288.
221. Pour une conception multifactorielle des troubles sévères de développement du langage. (1998). *ORTHOMagazine*, (32).

Tests

222. Anglade, JC, Ravard, F, & Ravard, JC. (1993). **Test de compétences verbales et métalinguistiques (NBTL)** (Edition et application psychologiques).
223. Autesserre, D, Deltour, JJ, & Lacert, P. (1989). **Epreuve de Discrimination Phonétique (EDP 4-8)** (Editions Scientifiques et Psychologiques).
224. Billard, Catherine, & Touzin, Monique. (2012). **Evaluation Des fonctions cognitives et Apprentissages (EDA)** (Ortho Editions).

225. Billard, C., Gillet, P., Galloux, A., Piller, A.G., Livet, M.O., Motte, J., ... VOL, S. (2000). **Batterie Rapide d'Evaluation (BREV)** (Kiosques Production).
226. Bishop D.V.M. (2006). **Children's Communication Checklist-2** (U.S. Edition).
227. Boutard, C, & Bouchet, M. (2008). **PEES 3-8** (Ortho Editions).
228. Boutard, C, & Bouchet, M. (2009). **KIKOU 3-8** (Ortho Editions).
229. Chevrie-Muller, C, & Goujard, J. (1994). **Questionnaire « Langage et Comportement » (QLC)**. ECPA.
230. Chevrie-Muller, C, Simon, AM, Le Normand, M-T, & et al. (1988). **Batterie d'évaluation psycholinguistique pour enfants de 3 à 4 ans – BEPL** (Centre de Psychologie Appliquée). Paris.
231. Chevrie-Muller, C, & Plaza, M. (2001). **Nouvelles Épreuves pour l'Examen du Langage - NEEL** (Éditions du Centre de Psychologie Appliquée). Paris.
232. Chevronnet, N, & Gippa, C. (1988). **Protocole de bilan dans le cadre de prises en charge orthophoniques précoces (Nelly Carole)** (Université Claude Bernard Lyon1).
233. Coquet, Françoise. (2005). **Dépistage et Prévention et langage à 3 ans (DPL3)** (APESAL).
234. Coquet, Françoise, Ferrand, Pierre, & Roustit, Jacques. (2009). **EVALO 2-6 (Évaluation du développement du Langage Oral chez l'enfant de 2a3 à 6a3)** (Ortho Editions).
235. Coquet, Françoise, Ferrand, Pierre, & Roustit, Jacques. (2010). **EVALO BB (Évaluation du développement du Langage Oral chez l'enfant de moins de 3 ans)** (Ortho Editions).
236. Deltour, JJ. (1982). **Test des Relations Topologiques et Directionnelles** (EAP).
237. Deltour, JJ. (1998). **Test de Closure Grammaticale révisé (TCG-R)** (EAP).

238. Deltour, JJ, & Hupkens, D. (1980). **Test de Vocabulaire Actif et Passif pour enfants de 3 à 5 ans (TVAP 3-5)** (ATM).
239. Descoedres. (1957). **Epreuves de compréhension – Descoedres**.
240. Dubus, MC, Lemoine, MP, & Lesage, P. (2008). **Outil d'Evaluation des Compétences Langagières (ECLA)** (Ortho Editions).
241. Dunn, LM, & Theriault-Whalen, CM. (1993). **Test de vocabulaire en images : Peabody (EVIP)** (ATM).
242. Duyme, M, Capron, C, & Zorman, M. (2010). **Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE)** (Creative Commons).
243. Elizabeth Schoen Simmons, MS. (1981). **Reynell Test**.
244. Ferrand, Pierre. (2000). **Protocole d'Evaluation Rapide (PER2000)** (Ortho Editions).
245. Guidetti, M, & Tourrette, C. (2009). **Echelle d'évaluation de la Communication Sociale Précoce (ECSP)** (EAP).
246. Helloin, M C., & Thibault, M. P. (2006). **Batterie informatisée pour l'examen du langage oral et écrit chez l'enfant de 3 à 6 ans (Exalang 3-6)** [OrthoMotus].
247. Henin Dulac. (1984). **Etude de la motricité des praxies oro faciales par Hénin-Dulac**.
248. Hénin Dulac. (s. d.). **Test d'exploration du langage chez l'enfant**.
249. Khomsi, A. (1987). **Epreuve d'évaluation des stratégies de compréhension en situation orale (O52)** (ECPA).
250. Khomsi, A. (2001). **Évaluation du Langage Oral (ELO)** (Éditions du Centre de Psychologie Appliquée).
251. Khomsi, A. (s. d.). **Répétition d'énoncés** (ECPA).
252. Khomsi, A, & Khomsi, J. (2009). **Bilan Informatisé de Langage Oral pour les Enfants de 3 ans à 5 ans 6 mois (BILO Petits)**. ECPA.

253. Korkman, M, Kirk, U, & Kemp, S. (2003). ***Bilan Neuropsychologique de l'Enfant (NEPSY)*** (ECPA).
254. Laboratoire des Sciences de l'éducation. (2011). ***Bilan de Santé Evaluation du développement pour la Scolarité 5 à 6 ans (BSEDS)***. Groupe Cogni-Sciences.
255. Lacarrère-Neybourger, C, & Lasserre, JP. (1996). ***Approche RV (Petit RV)*** (Ortho Editions).
256. Legé, Y, & Dague, P. (2007). ***Test de vocabulaire en images (VOCIM)*** (ECPA).
257. Macchi, Descours, Girard, Guitton, Morel, Timmermans, & Boidein. (s. d.). ***Epreuve Lilloise de Discrimination Phonologique (ELDP 1)*** (Université Lille 2).
258. Moog, Kozak, & Geers. (1990). ***Test d'Analyse Grammaticale du Langage (TAGL)***.
259. Plaza, M, & Robert-Jahier, AM. (2006). ***Test de Dénomination Rapide (DRA enfants)***. ADEPRIO.
260. Robins, D, Fein, D, & Barton, M. (2009). ***Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)***.
261. Rondal, JA, Fayasse, M, & Comblain, A. (1994). ***Batterie d'Evaluation de la Morpho Syntaxe (BEMS)***.
262. Roy, B, & Maeder, C. (1996). ***Epreuves de Repérages des Troubles du Langage utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans (ERTL-4)*** (Ortho Editions).
263. Roy, B, Maeder, C, Kipffer, A, Blanc, JP, & Alla, F. (2000). ***Epreuves de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 6 ans. (ERTLA6)*** (Commédic).
264. Rutter, M, Lecouteur, A, & Lord, C. (2011). ***ADI-R : Entretien semi-structuré pour le diagnostic de l'autisme*** (WPS).
265. Schopler, & Reichler. (1988). ***Childhood Autism Rating Scale (CARS)*** (TEACCH).

266. Shulman, B. (1985). *Test of Pragmatic Skills* (Communication Skills Builders).
267. *Situations d'Observations Structurées de la communication (SOS)*. (1999).
268. Sundberg, M. (2008). *Verbal Behavior - Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP)* (AVB Press).
269. Thibault, M. P., Helloin, M C., & Croteau, B. (2003). *Batterie informatisée pour l'examen du langage oral et écrit chez l'enfant de 5 à 8 ans (Exalang 5-8)*. OrthoMotus.
270. Verpoorten, R, Noens, I, & Van Berckelaer-Onnes, I. (1997). *COMVOOR : outil d'évaluation des précurseurs de la communication*.

Annexes

Annexe 1 : Tests évaluant le langage et la communication chez les enfants âgés de 2 ans 6 à 5 ans 6

Tests évaluant le langage

Test	Âge/classe	Année de parution
BEMS	3 ans – 9 ans	1994
BEPL-A	2ans9 – 4ans3	1988
BILO petit	3 ans – 5ans6	2009
BREV	4 ans – 9 ans	2002
DPL 3	3 ans	2005
DRA Enfants	GS – CM2	2006
ECLA	3 ans – 6 ans	2008
EDA	4 ans – 11 ans	2012
EDP 4-8	4 ans – 8 ans	1989
ELDP 1	5 ans – 6ans6	2012
ELO	PSM – CM2	2001
Epreuves de compréhension – Descoëudres	2 ans – 7 ans	1957
ERTL 4	3ans9 – 4ans6	1996
Etude de la motricité des praxies oro faciales par Hénin-Dulac	2ans6 – 12ans6	1984
EVALO	2ans3 – 6ans3	2009
EVALO BB	Jusqu'à 36 mois	2010
EVIP	2ans6 – Adulte	1993
Exalang 3-6	3 ans – 6 ans	2006
Exalang 5-8	5 ans – 8 ans	2003
Kikou 3-8	3 ans – 8 ans	2009
NBTL	4ans6 – 7ans6	1993
NEEL	4ans9 – 8ans6	2001
Nelly Carole	Jusqu'à 3 ans	1988

NEPSY	3 ans – 12 ans	2003
O52	3 ans – 7 ans	1987
PEES	3 ans – 8 ans	2008
PER 2000	3ans6 – 5ans6	2000
Petit RV	3 ans – 6 ans	1996
Répétition d'énoncés (Khomsî)	3 ans – 6 ans	-
TAGL	3 ans – 5ans6	1990
TCG-R	3 ans – 9 ans	1998
Test de LO Henin Dulac	2ans6 – 11ans6	-
TRT	2ans9 – 6 ans	1982
TVAP	3 ans – 5 ans	1980
VOCIM	3 ans – 9 ans	2007

Tests évaluant la communication

Test	Âge/classe	Année de parution	Professionnels habilités à la passation
ADI-R	Dès 24 mois	1994	Professionnels de santé formés
ADOS	Dès 2 ans	1989	Professionnels de santé formés
Modified Checklist for autism in toddler	18 mois – 36 mois	2001	Tous professionnels de santé
Children's Communication Checklist - 2	4 ans – 16 ans	2006	Tous professionnels de santé
Childhood Autism Rating Scale	Dès 2 ans	1988	Tous professionnels de santé
COMVOOR	1 an – 5 ans	1997	Tous professionnels de santé
DPL 3	3 ans – 3ans6	2005	Tous professionnels
ECSP	3 mois – 30 mois	2009	Professionnels de santé formés
EVALO BB	Jusqu'à 36 mois	2010	Orthophonistes
IDE	15 mois – 5ans11	2010	Tous professionnels de santé
Reynell	1 an – 7 ans	1981	Tous professionnels de santé
Shulman	3 ans – 8 ans	1985	Tous professionnels de santé
SOS	-	1999	Tous professionnels de santé
VB-MAPP	0 mois – 48 mois	2008	Professionnels de santé formés

Annexe 2 : Tests utilisables dans l'outil élaboré

Test	Âge/classe	Année de parution	Items concernés
BEMS	3 ans – 9 ans	1994	Expression morphosyntaxique Jugement morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique
BEPL-A	2ans9 – 4ans3	1988	PBF Altération phonologique Désignation Compréhension morphosyntaxique Empan numérique endroit Empan mnésique verbal Accès au symbolique
BILO petit	3 ans – 5ans6	2009	Désignation
BREV	4 ans – 9 ans	2002	Répétition de logatomes Expression morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique Empan numérique endroit Empan mnésique verbal
DPL 3	3 ans	2005	Désignation
ECLA	3 ans – 6 ans	2008	Expression morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique
EDA	4 ans – 11 ans	2012	Répétition de logatomes Désignation Expression morphosyntaxique Empan numérique endroit

ELO	PSM – CM2	2001	Désignation Expression morphosyntaxique
Epreuves de compréhension – Descoeudres	2 ans – 7 ans	1957	Désignation Compréhension morphosyntaxique
ERTL 4	3ans9 – 4ans6	1996	Répétition de logatomes Empan mnésique verbal
Etude de la motricité des praxies oro faciales par Hénin- Dulac	2ans6 – 12ans6	1984	PBF
EVALO	2ans3 – 6ans3	2009	Entretien pragmatique PBF Répétition de logatomes Altération phonologique Aggravation par la répétition Désignation Expression morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique Atteinte homogène du langage Empan numérique endroit Empan mnésique verbal
EVALO BB	Jusqu'à 36 mois	2010	Attention conjointe Jeu symbolique Désignation Expression morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique Accès au symbolique
EVIP	2ans6 – Adulte	1993	Désignation

Exalang 3-6	3 ans – 6 ans	2006	Répétition de logatomes Altération phonologique Aggravation par la répétition Désignation Expression morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique Compréhension narrative Atteinte homogène du langage Empan numérique endroit Empan mnésique verbal
Exalang 5-8	5 ans – 8 ans	2003	Répétition de logatomes Expression morphosyntaxique Jugement morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique Compréhension narrative Empan numérique endroit Empan mnésique verbal
IDE	15 mois – 5ans11	2010	IDE version brève
Kikou 3-8	3 ans – 8 ans	2009	Compréhension morphosyntaxique Compréhension narrative
NBTL	4ans6 – 7ans6	1993	Expression morphosyntaxique Empan mnésique verbal

NEEL	4ans9 – 8ans6	2001	Altérations phonologiques Aggravation par la répétition Désignation Expression morphosyntaxique Compréhension morphosyntaxique Atteinte homogène du langage Empan numérique endroit Empan mnésique verbal
Nelly Carole	Jusqu'à 3 ans	1988	Désignation
NEPSY	3 ans – 12 ans	2003	Répétition de logatomes Expression morphosyntaxique Empan mnésique verbal Capacité d'inhibition
O52	3 ans – 7 ans	1981-82	Compréhension morphosyntaxique
PEES	3 ans – 8 ans	2008	Expression morphosyntaxique
PER 2000	3ans6 – 5ans6	2000	Répétition de logatomes Expression morphosyntaxique
Répétition d'énoncés (Khomsi)	3 ans – 6 ans	-	Empan mnésique verbal
Shulman	3 ans – 8 ans	1985	Entretien pragmatique
TCG-R	3 ans – 9 ans	1998	Expression morphosyntaxique
Test de LO Henin Dulac	2ans6 – 11ans6	-	PBF Répétition de logatomes Désignation Expression morphosyntaxique
TVAP	3 ans – 5 ans	1980	Désignation
VOCIM	3 ans – 9 ans	2007	Désignation

Livret de passation

*Elaboration d'un outil permettant d'orienter
précocement le diagnostic différentiel :
Autisme – Dysphasie –
Retard de parole/langage sévère.*

L'ANAES (aujourd'hui remplacée par la Haute Autorité de la Santé) détermine, en 2001, 3 critères de gravité des troubles du langage oral dès 3-4 ans : **Enfant inintelligible, Agrammatisme, Trouble de la compréhension**. Les enfants présentant ces critères de gravité nécessitent une prise en charge intensive. Mais le type de prise en charge dépend du trouble de l'enfant, d'où l'importance d'orienter précocement le diagnostic.

Au sein des troubles du langage, on distingue les troubles fonctionnels, des troubles structurels. Les troubles fonctionnels correspondent à ce que nous appelons retards de parole et retards de langage. Ces retards se caractérisent par un décalage dans le temps de l'apparition des premières productions verbales et de la réalisation des différentes étapes de développement du langage oral.

En revanche, dans les troubles structurels, la structure même de l'enfant ne lui permet pas de bénéficier de la stimulation nécessaire au développement de son langage. Ainsi, le bain de langage ne suffira pas à l'enfant pour établir un langage oral correct. La dysphasie est un trouble spécifique structurel du langage. Elle se manifeste par une structuration déviante, lente et dysharmonieuse de la parole et du langage oral.

Du fait de leurs difficultés de langage, les enfants dysphasiques ont parfois une présentation évoquant un syndrome autistique. Ainsi, il arrive que des diagnostics de Trouble du Spectre Autistique soient posés pour des enfants dysphasiques, alors même qu'il s'agit d'enfants qui sont dans la communication.

Ces erreurs de diagnostic peuvent s'avérer dangereuses, car elles font perdre un temps précieux à l'enfant dans sa prise en charge, dans son parcours scolaire et au niveau de son interaction sociale.

Christophe Loïc Gérard estime qu'un diagnostic de dysphasie ne peut être posé qu'à partir de 6 ans, si l'enfant concerné ne présente pas de progrès après un temps suffisant d'une rééducation orthophonique adaptée, cela afin de différencier la dysphasie d'un retard sévère de parole/langage. Il a cependant décrit des marqueurs de déviances, particularités linguistiques propres à la dysphasie, repérables chez des enfants plus jeunes. Ainsi, d'autres auteurs soutiennent que, grâce à ces critères de déviance, il est possible de poser plus tôt un diagnostic de dysphasie.

De la même manière qu'une dysphasie et un trouble autistique ne réclameront pas le même type de prise en charge, le retard de langage ne sera pas rééduqué de la même manière que la dysphasie. Un trouble structurel tel que la dysphasie nécessitera la mise en place d'une prise en charge intensive, axée sur les difficultés précises de ces enfants : développement actif du lexique, mise en place de la syntaxe, travail de l'intelligibilité par la phonologie...

Le diagnostic précoce est donc un enjeu indispensable dans la prise en charge de l'enfant avec un trouble du langage. Mais il est délicat à poser avant l'âge de 6 ans. Il s'agit essentiellement d'un diagnostic clinique qui repose sur l'expertise du praticien. C'est pour permettre à tout orthophoniste libéral de disposer de cette expertise que nous avons choisi de créer cet outil.

Quelques précisions :

- ➔ Cette grille s'adresse à des enfants ayant entre 2ans 6 et 5ans 6, se présentant pour un bilan initial de langage oral, avec des symptômes sévères.
- ➔ Cet outil ne remplace pas le bilan, elle l'accompagne. Vous trouverez dans la cotation de la grille, des références à de nombreux tests/bilans de langage oral. Il faudra utiliser leurs cotations afin de remplir la grille.
- ➔ La grille n'est pas exhaustive et ne permet pas d'évaluer toutes les fonctions devant être évaluées lors d'un bilan de langage oral. Elle ne comprend que l'évaluation des fonctions permettant d'établir une discrimination parmi les pathologies considérées, et donc, d'orienter le diagnostic différentiel.
- ➔ Cet outil est à destination des **orthophonistes** uniquement. Il appelle, pour de nombreux items, à une observation clinique qui ne peut être pertinente que si elle provient de professionnels ayant étudié la communication et le langage.
- ➔ Attention, si l'orthophoniste est apte à poser le diagnostic de retard de langage sévère ou de dysphasie, seul un médecin peut poser le diagnostic de Trouble du Spectre Autistique. L'orthophoniste peut cependant émettre des suspicions et relever les éléments en faveur d'un trouble de la communication.
- ➔ Le diagnostic de dysphasie ne peut être posé qu'après avoir éliminé les éléments suivants :
 - Déficience mentale (à partir de 70)
 - Déficience auditive
 - Anomalie motrice de la sphère oro-faciale (IMC...)
 - Lésion cérébrale acquise (trouble neurologique)
 - Trouble du Spectre Autistique
 - Carence éducative grave

Utilisation de la grille :

- ➔ 2 grilles vous seront proposées, la première comprend toutes les épreuves rangées par sous-parties (Développement de l'enfant, Communication, Parole, Langage, Capacités cognitives et autres), la seconde se divise en deux grilles, l'une comportant toutes les épreuves faisant appel à l'observation clinique, l'autre comportant les épreuves nécessitant une consigne précise ou un test normé.
- ➔ Si vous choisissez d'utiliser la 1^{ère} grille, vous obtiendrez, à la fin de chaque sous-partie, un sous-total. Il vous suffira, à la fin de la passation, d'additionner ces sous-totaux.
- ➔ Si vous choisissez d'utiliser la 2^{ème} grille, vous obtiendrez des scores nommés « sous-totaux 1 » pour la grille Observation Clinique, et des scores nommés « sous-totaux 2 » pour la grille Tests. Il vous restera à additionner les sous-totaux correspondant. Par exemple « sous-total 1 communication » + « sous-total 2 communication » = sous-total communication.
- ➔ Dans la grille :
 - A = Anamnèse
 - OC = Observation Clinique
 - T = Tests
 - LP = Livret de passation (consigne)
- ➔ Le test se passant beaucoup en situation de jeu, il est conseillé de bien prendre connaissance des items avant de commencer la passation. Une seule situation de jeu permettra de coter de nombreux items.
- ➔ Observation Clinique : l'enfant est mis en situation de jeu libre. L'orthophoniste devra observer l'enfant afin de remplir les critères. Certains critères seront impossibles à coter, dans ce cas, ne pas comptabiliser l'item.
- ➔ Pour les items nécessitant des tests normés, se rapporter au livret de passation du test afin de déterminer si l'enfant est pathologique. Plusieurs tests vous sont proposés, ils ne sont pas tous à faire passer, ces listes vous permettent de choisir l'épreuve en fonction du matériel dont vous disposez. Si vous ne disposez d'aucun des tests listés, et qu'aucune consigne n'est donnée dans le livret de passation, merci de ne pas coter l'item.

- ➔ Attention, les tests répertoriés ne répondent parfois qu'à une partie de la tranche d'âge correspondant à cette grille. Par exemple, Exalang 5-8 ne pourra être utilisé que si vous testez un enfant d'au moins 5 ans, sinon il faudra choisir un autre test de la liste. Toujours vérifier que le test correspond à l'âge de votre patient.
- ➔ Ne sont mentionnés dans le livret de passation que les items de la grille nécessitant une précision, une consigne ou le nom des tests à faire passer.
- ➔ Pour établir le profil diagnostique, comptabiliser le nombre de « a », de « b » et de « c » apparaissant dans les cases cochées. Une orientation diagnostique ne peut être établie que si le profil majoritaire dépasse de plus de 5 points les résultats des autres profils. Par exemple, si l'enfant obtient 45 « b » et 43 « c », aucune orientation diagnostique ne peut être posée. En revanche, s'il obtient 53 « b », 20 « a » et 10 « c », on estime que l'enfant a un profil de dysphasie.

Au-dessus de 30 « a », tout enfant pourra correspondre à une orientation diagnostique de TSA, si ses autres scores se trouvent dans la même tranche numérique (pas de profil ayant plus de 5 points au-dessus), cela même si les scores « b » et « c » ne sont pas inférieurs au score « a ». Par exemple, un enfant ayant 37a, 30b et 40c aura un profil diagnostique de Trouble du Spectre Autistique.

L'analyse qualitative des sous-totaux sera également intéressante pour les orthophonistes.

- ➔ Profil a = Trouble du Spectre Autistique
 Profil b = Dysphasie
 Profil c = Retard sévère de parole et de langage
- ➔ Pour en savoir plus sur l'élaboration de cet outil, ses intérêts et ses limites, se référer au mémoire ...
 Lien :

Tests utilisables dans la passation de cette grille :

BEMS + BEPL-A + BILO petit + BREV + DPL3 + ECLA + EDA + ELO + Epreuves de compréhension – Descoedres + ERTL 4 + Etude de la motricité des praxies oro faciales par Hénin-Dulac + EVALO + EVALO BB + EVIP + Exalang 3-6 + Exalang 5-8 + IDE + Kikou 3-8 + NBTL + NEEL + Nelly Carole + NEPSY + O52 + PEES + PER 2000 + Répétition d'énoncés (Khomsi) + Shulman + TCG + Test de LO Henin Dulac + TVAP + VOCIM

Développement de l'enfant

Grand prématuré et Epilepsie :

On parle de grand prématuré si l'enfant naît avant 32 semaines. Un enfant né grand prématuré a un risque bien plus important (5 à 10%) de présenter un trouble du spectre autistique. De la même manière, 30% des enfants autistes présentent une épilepsie.

Tonus, posture :

Lorsque l'enfant était bébé, était-il hypotonique ? Ou hypertonique avec des postures en extension (tête et bras en arrière) ?

Troubles de l'alimentation :

On retrouve souvent, chez les enfants autistes ou dysphasiques, des troubles alimentaires de type sélection des aliments avec des refus de certaines textures.

Babillage :

Le babillage apparaît normalement autour de 5-6 mois, on observe d'abord un babillage rudimentaire, composé de proto-syllabes et de sons vocaliques. Celui-ci évolue en babillage canonique avec l'apparition de syllabes simples de type consonnes/voyelles dupliquées ou alternées et avec la mise en place d'une prosodie (8-10 mois).

Premiers mots :

On parle de régression quand l'enfant commençait à babiller et à développer le langage puis s'est arrêté d'un coup. Ce type de comportement peut évoquer un TSA à condition que la surdité ait déjà été écartée.

Antécédents familiaux :

« Troubles du langage » correspond à la fois aux troubles du langage oral et aux troubles du langage écrit, puisque de nombreux troubles du langage écrit puisent leur origine dans des difficultés au niveau du langage oral.

Amis :

L'enfant a-t-il des amis ? Si non, en souffre-t-il ? S'il en souffre, coter oui.

Intérêts restreints :

Les personnes avec autisme possèdent des centres d'intérêts restreints et souvent atypiques (ex : les changements climatiques, les mécanismes des objets...) qui peuvent rapidement devenir envahissants pour leurs proches.

Si la famille ne souligne pas l'existence d'intérêts restreints, demander à l'enfant ce qui lui plaît, puis le laisser parler spontanément sans le corriger ni le relancer.

Sensibilité sensorielle :

Lorsqu'il y a une hypersensibilité sensorielle, l'enfant semble fasciné par les sons, les lumières, on retrouve des réactions paradoxales au bruit, il peut être gêné par certaines matières ou par le contact physique. On peut également retrouver une hyposensibilité chez les enfants autistes, avec une indifférence aux stimuli sensoriels.

IDE version brève :

T = IDE version brève

Si vous disposez du test Inventaire du Développement de l'Enfant, faites remplir la version brève aux parents.

Communication

Regard :

Le détournement du regard peut indiquer un désintéressement de l'autre et de la communication (TSA). Cependant, chez les enfants dysphasiques, soutenir le regard de l'autre pendant la conversation exige parfois un coût attentionnel trop important. On essaiera donc de différencier l'évitement (qui a lieu même hors de la situation de communication) du détournement.

Poursuite visuelle :

Déplacer un objet devant l'enfant et voir s'il suit du regard le déplacement de l'objet.

Attention et Orientation aux bruits environnants :

Avant de recevoir l'enfant, placer un jouet sonore sous le bureau. Pendant que l'enfant réalise une tâche, actionner le jouet sonore. Voir s'il interrompt son activité et cherche la source sonore. Il peut également regarder l'adulte en attendant que celui-ci lui explique l'origine du bruit.

Cet item ne permet pas de tester l'audition, il donne des informations sur l'intérêt de l'enfant et la recherche de la source sonore.

Attention Conjointe :

L'attention conjointe est la capacité à orienter son regard vers l'objet ciblé en interaction avec le partenaire avec lequel on interagit.

Cette fonction est normalement possible dès 4 mois, avec la convergence des regards vers un objet commun.

T = Evalo BB (attention conjointe)

Si vous ne possédez pas l'Evalo BB, présenter un jouet à l'enfant et voir si l'attention conjointe se met en place.

Pointage :

Le pointage apparaît vers 8 mois dans une situation d'attention conjointe. L'enfant désigne dans le but d'attirer l'attention de son interlocuteur.

Dans le pointage proto-impératif, l'enfant oriente son geste vers un objet qu'il désire et qu'il vise à obtenir. Il apparaît dès 8 mois.

Vient ensuite le pointage proto-déclaratif : l'enfant pointe un objet afin de signaler son intérêt, il veut qu'on lui en parle, pas qu'on le lui donne. Celui-ci apparaît vers 12 mois.

Si l'enfant utilise le pointage proto-déclaratif, ne pas cocher « pointage proto-impératif », celui-ci est implicite.

Permanence de l'objet :

La permanence de l'objet correspond, d'après Piaget, à la prise de conscience par le bébé qu'un objet continue à exister même lorsqu'il n'est plus dans son champ perceptif.

Consigne : prendre un jouet des mains de l'enfant et le cacher pendant qu'il regarde. Voir si l'enfant va vers la cachette récupérer son jouet. On peut lui demander « Où est le jouet ? »

Jargon :

L'enfant avec jargon produit des émissions vocales inintelligibles, mais dont la courbe intonatoire peut être informative et d'où peuvent émerger des mots signifiants.

Si l'enfant présente un jargon, celui-ci a-t-il une prosodie langagière ? (ne répondre à cet item que si l'enfant présente un jargon).

Adaptation à la situation et à son interlocuteur :

Certains enfants auront un comportement inadapté compte-tenu de la situation. Cela peut se traduire par des réactions ou des émotions qui ne semblent pas en adéquation avec le contexte.

Jeu symbolique :

T = Evalo BB (Faire semblant : substitution d'objets)

L'enfant est capable d'utiliser un jouet pour mimer la fonction d'un autre jouet. Si vous ne disposez pas d'Evalo BB, proposez un jouet pour un autre (par exemple une banane pour un téléphone), en proposant vous-même la situation symbolique (prendre un second jouet qui ne soit pas un téléphone et dire « allo »).

Jeu duel :

Le jeu duel peut correspondre à n'importe quel jeu nécessitant un échange (marchande, téléphone...)

L'enfant **inclut-il l'orthophoniste** dans le jeu ?

Si le Shulman est utilisé pour l'item « entretien pragmatique », inutile de refaire le jeu duel, se servir de son observation de la tâche 3.

Respect du tour de rôle :

Proposer à l'enfant une activité qui se « joue » en alternant (conversation téléphonique, lancer/recevoir une balle...)

Demande d'un objet :

Placer un objet désirable en hauteur. Si besoin attirer l'attention de l'enfant dessus.

Demande d'aide :

Placer un objet dans une boîte transparente difficile à ouvrir. Ne pas proposer d'aide à l'enfant s'il ne la demande pas. Ne pas suggérer à l'enfant qu'il peut demander de l'aide.

Echopraxies :

L'échopraxie est la reproduction automatique et involontaire (en écho) d'un geste ou d'un mouvement vu, effectué par autrui.

Echolalies :

L'écholalie est la tendance à répéter de façon spontanée, involontaire et systématique les derniers mots prononcés par un interlocuteur.

Imitation vocale :

Même si le langage est inintelligible, l'enfant imite parfois la prosodie de l'interlocuteur et se saisit des onomatopées qu'il répète.

Consigne : En jeu spontané, proposez à l'enfant des onomatopées et des phrases chargées de prosodie et voir s'il les répète.

Imitation dans le jeu :

Consigne : Voir si l'enfant se saisit de ce que vous initiez dans le jeu et fait pareil.

Stéréotypies verbales :

Productions répétées, systématiques et automatiques des mêmes productions verbales (syllabes, mots, groupes de mots) à chaque tentative d'expression verbale, sans rapport avec la situation vécue.

Stéréotypies gestuelles :

Productions répétées, systématiques et automatiques du même geste, sans rapport avec la situation vécue : moues, balancements de la tête ou du tronc, flapping (battement des bras ou des mains), frottements des genoux, grattages, grincements des dents, mouvements des doigts...

Maintien de l'échange :

L'enfant est capable de rester dans l'échange, verbal ou non, avec l'adulte sans rompre le contact.

Expression plaquée :

L'enfant apprend par cœur des phrases toutes faites. Le langage semble peu naturel et les phrases sont parfois peu appropriées à la situation.

Gestes symboliques ou à visée communicative : compréhension et expression

Consigne : Durant l'entretien, utilisez des gestes de type « bonjour » (geste de la main), « bravo » (applaudissements) ou « bien » (pouce levé) sans les accompagner de parole, afin d'observer la compréhension de l'enfant et de voir s'il peut lui-même utiliser ce type de gestes.

Réaction lorsqu'on ne le comprend pas :

A demander lors de l'anamnèse.

Les enfants dysphasiques savent pertinemment ce qu'ils veulent dire, il est donc très frustrant pour eux de n'être pas compris. Les enfants présentant un retard de parole ou de langage, en revanche, sont généralement peu conscients de leur trouble et n'en sont donc pas gênés.

Entretien pragmatique :

T = Evalo version P ou version G + Shulman

A faire au début d'une séance.

Digressions :

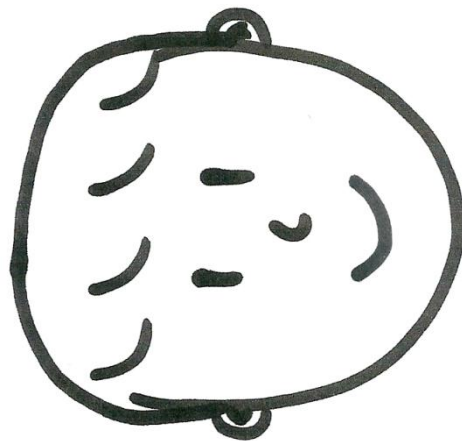
L'enfant interrompt l'échange pour imposer un nouveau sujet.

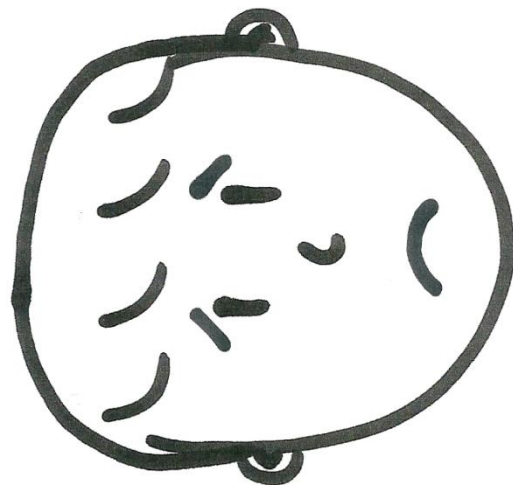
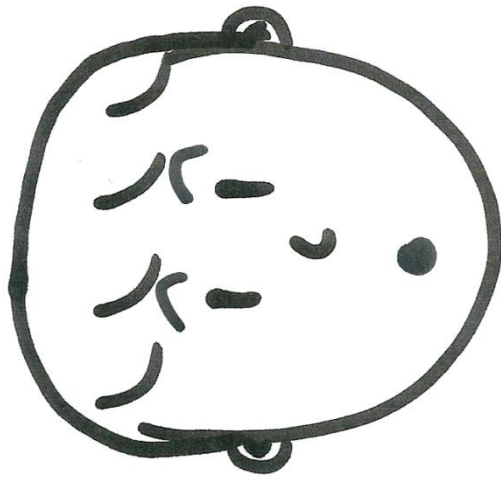
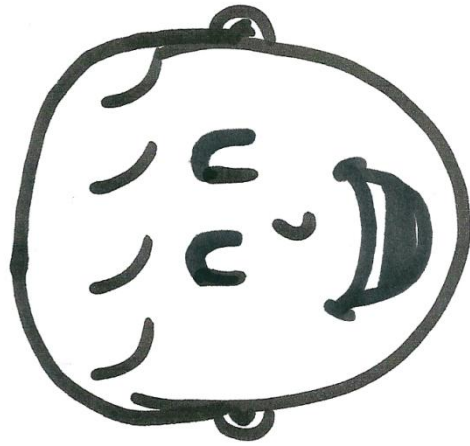
Fait preuve de compassion :

Consigne : Pendant la situation de jeu partagé, faites semblant de vous être fait mal, paraissez triste et verbalisez-le. Observez les réactions de l'enfant.

Identification des émotions :

Consigne : Présentez les dessins suivants à l'enfant et demandez-lui « il est comment l'enfant ? » s'il ne comprend pas la question, ajoutez « il est content ? ».





Parole

Praxies Bucco-Faciales :

Réalisation :

T= EVALO (Praxies bucco-faciales et linguales) + BEPL-A épreuves des praxies bucco-faciales + Etude de la motricité des praxies oro faciales par Hénin-Dulac + Test de Langage Oral par Hénin-Dulac

Les praxies sont montrées à l'enfant avant qu'on lui demande de les réaliser.

Si vous ne possédez aucun de ces tests ou si ceux-ci ne présentent pas toutes les consignes ci-dessous, demandez également à l'enfant :

Praxies simples :

Ouvrir grand la bouche – sourire – avancer les lèvres – rentrer les lèvres – souffler – gonfler les joues – rentrer les joues – tirer la langue – sortir la langue côté droit – sortir la langue côté gauche – sortir la langue vers le nez – sortir la langue vers le menton.

Praxies complexes (enchaînement rapide de praxies simples à faire plusieurs fois) :

Sourire/avancer les lèvres – gonfler une joue puis l'autre – sortir la langue à droite puis à gauche – sortir la langue vers le nez puis vers le menton – claquer la langue au palais

Aides :

Visuelle : lui montrer

Auditive : lui expliquer comment faire (ex : « mets ta langue sur le côté »)

Kinesthésique : pour lui faire pointer la langue vers le bas, avec le pouce, toucher sa joue de haut en bas.

Attention, certains enfants ne pourront pas supporter ce contact physique, ne pas insister.

Si l'une de ces aides permet une amélioration à l'enfant, coter « efficace » dans la grille.

DAV :

Les Dissociations Automatico-Volontaires correspondent à l'impossibilité de produire volontairement dans les domaines praxiques ou phonologiques, des mouvements possibles en spontané. Elles sont très présentes chez les enfants dysphasiques.

Les consignes sont en 2 parties :

« Ouvre grand la bouche ». Si l'enfant n'y arrive pas, ajouter « Comme pour bâiller ».

« Souris ». Si l'enfant n'y arrive pas, lui faire des chatouilles.

« Avance les lèvres ». Si l'enfant n'y arrive pas, ajouter « Comme pour faire un bisou ».

« Rentre les lèvres ». Si l'enfant n'y arrive pas, ajouter « Comme si tu mettais du rouge à lèvres/labello »

« Souffle ». Si l'enfant n'y arrive pas, « Comme quand tu souffles tes bougies d'anniversaire »

« Gonfle les joues ». Si l'enfant n'y arrive pas, ajouter « Comme si tu avais plein d'eau dans la bouche »

« Rentre les joues ». Si l'enfant n'y arrive pas, ajouter « Comme le lapin ».

« Tire la langue ». Si l'enfant n'y arrive pas, ajouter « Comme si tu mangeais une glace ».

« Claque la langue ». Si l'enfant n'y arrive pas, ajouter « Comme pour faire le cheval qui marche ».

On ne parle de Dissociations Automatico-Volontaires que si l'enfant échoue à la première consigne et réussit à la deuxième. Si c'est le cas pour au moins 2 praxies, coter la présence de DAV.

Intelligibilité :

L'absence d'intelligibilité est un critère de gravité dès 3ans, d'après la Haute Autorité de Santé.

Phonologie :

Répétition de logatomes :

T = BREV (Phonologie et Articulation), PER2000 (épreuve de logatomes), ERTL4 (répétition de mots et de logatomes) + Test de LO Henin (Phonologie) + EDA (Phonologie) + EVALO version longue (Répétition de logatomes) + Exalang 3-6 (Répétition de logatomes) + Exalang 5-8 (Répétition de logatomes + NEPSY (Répétition de pseudo-mots 5-12)

L'épreuve de répétition de logatomes permet d'évaluer la boucle phonologique de la mémoire de travail. Chez les dysphasiques, les logatomes sont souvent altérés en début de mots.

Altération phonologique :

Normalement, un enfant doit être intelligible à la fin de la petite section de maternelle et ne déforme plus les mots à partir de l'entrée en CP (sauf trouble d'articulation).

Pour évaluer l'altération phonologique, l'orthophoniste proposera à l'enfant une épreuve de dénomination, de répétition ou de récit afin de permettre une analyse clinique.

Cochez autant d'items que de types d'erreurs remarquées

T = EVALO (Dénomination d'images – phonologie) + NEEL (Phonologie et articulation : dénomination et répétition) + BEPL-A (Phonologie – Dénomination) + Exalang 3-6 (Dénomination d'images)

Analyse qualitative :

Simplifications : Un mot ou une syllabe subit une modification interne par soustraction : le mot va perdre un phonème ou une syllabe en son début, son milieu ou sa fin.

Exemples : /canard/ devient /cana/, /ordinateur/ devient /dinateur/, /garçon/ devient /gaçon/.

Complexifications : Altération phonologique inhabituelle consistant en l'ajout de phonèmes ou de syllabes dans le mot.

Exemples : /rotrocrodile/ pour crocodile ou /sfluf/ pour flûte.

Transformations : Les transformations consistent en différentes opérations erronées qui modifient un ou plusieurs phonèmes ou la séquence elle-même. Elles dépendent d'une certaine logique. On retrouve en effet une contamination du reste du mot sur la syllabe ou le phonème modifié.

Exemples :

/scarabé/ → /starabé/

/stylo/ devient /skylo/

Certaines transformations consistent en l'addition d'un(e) ou de plusieurs syllabes ou phonèmes en position initiale, médiane ou finale.

Exemple : /crocodile/ → /crokrodile/

Segmentation : l'enfant n'individualise pas le mot. On peut avoir des erreurs de segmentation par agglutination ou des erreurs de segmentation par déglutination.

Exemples :

Agglutination : /loiseau/ pour oiseau ou /navion/ pour avion

Déglutination : /toile/ pour étoile.

Articulation floue : on parle d'articulation floue lorsque les phonèmes produits par l'enfant ne sont ni corrects, ni remplacés par d'autres phonèmes de la langue. Dans le cas d'une articulation floue, les productions de l'enfant sont généralement très difficiles à noter.

Erreurs instables :

Demander à l'enfant de dénommer des objets ou images, lorsque l'enfant connaît le mot mais que celui-ci est altéré phonologiquement, proposer à l'enfant une répétition. Si la répétition n'améliore pas **et que d'autres modifications phonologiques apparaissent dans le mot**, on peut parler d'erreurs instables.

Exemple :

Couteau devient /couko/ puis /coukro/ puis /routro/. La production diffère à chaque fois, l'erreur est instable.

Aggravation par la répétition :

T = EVALO (Dénomination d'images – phonologie) + NEEL (Phonologie – Dénomination) + Exalang 3-6 (Dénomination d'images)

Voir si la production en répétition est plus déformée que la production spontanée. Un enfant avec retard de parole-langage ne sera pas forcément aidé par la répétition, en revanche, une aggravation par la répétition évoque une dysphasie.

Erreurs sur les voyelles :

Les erreurs phonologiques de l'enfant portent-elles également sur les sons vocaliques ?

Prosodie :

On retrouve souvent chez l'enfant autiste une prosodie particulière ou un trouble du rythme qui peut faire penser à un accent.

Langage

Désignation (lexique passif) :

T = EVALO (Désignation à partir d'un mot) + NEEL(Compréhension – Lexique : Désignation) + BEPL-A(Vocabulaire – Compréhension) + ELO(Lexique en réception) + EVIP + DLP3(Vocabulaire passif : désignation) + TVAP(Désignation) + VOCIM + Epreuve de compréhension Descoedres (Désignation objets et images) + Test de LO Henin(Désignation d'objets + Désignation et Dénomination d'images) + EDA(Compréhension lexicale) + Evalo BB(Lexique désignation + Désignation des parties du corps + Désignation d'objets) + Exalang 3-6 (Désignation parties du corps + Désignation d'images) + Nelly Carole (Désignation d'objets + Désignation d'images) + BILO Petit (Désignation)

Manque du mot :

Le manque du mot peut se caractériser par des hésitations, l'utilisation de mots vides type « truc », « machin », par des périphrases voire par une paraphasie.

Le manque du mot n'est jamais présent dans le cas d'un retard de langage, même sévère.

Hétérogénéité lexicale :

Les enfants dysphasiques peuvent souvent utiliser des mots peu fréquents sans problèmes alors que des mots plus courants sont difficilement produits. De même, les enfants avec un trouble du spectre autistique peuvent maîtriser les sujets correspondant à leurs intérêts restreints avec un vocabulaire élaboré mais ne pas pouvoir nommer les objets de la vie quotidienne. Le niveau lexical est donc hétérogène.

Conduites d'approches :

Tâtonnement visant à retrouver le terme perdu en situation de manque du mot.

Paraphasies :

Emission d'un mot pour un autre (paraphasie verbale, paraphasie sémantique) ou d'un son pour un autre au sein du mot (paraphasie phonétique)

Expression morphosyntaxique :

Pour savoir si l'expression morphosyntaxique est pathologique ou normale, nous pourrions utiliser les tests normés suivants :

T = EVALO(Programmation morphosyntaxique) + ELO(Production d'énoncés) + ECLA(Expression verbale) + PEES(Questions ouvertes + Closures d'énoncés) + PER2000 (Complexité syntaxique) + TCG + BEMS(Expression morphosyntaxique) + EDA(Expression syntaxique) + Evalo BB(Jeu partagé : Morphosyntaxe production) + Exalang 3-6 (Compétences morphosyntaxique Expression)

A l'aide de votre observation clinique durant l'entretien et durant les épreuves précédentes, et des tests cités ci-dessous, voir s'il est possible de définir l'expression de l'enfant comme agrammatique, dyssyntaxique ou simplement retardée. Les épreuves ici citées demandent à l'enfant de faire un récit, ce qui facilite l'évaluation qualitative de l'expression morphosyntaxique de l'enfant. **La qualité du récit n'importe pas dans cet item, seule l'expression morphosyntaxique est évaluée.**

T = BREV (Expression syntaxique (2^{ème} partie)) + PEES (Questions ouvertes + Closures d'énoncés) + TCG + Test de LO Henin(Expression morphosyntaxique) + NBTL(Récit) + Evalo BB(Comportements sémiotiques à partir d'images (récit)) + Exalang 3-6 (Production de phrases) + Exalang 5-8 (Dessin animé) + NEPSY (Mémoire narrative) + NEEL(Expression – Récit sur images : la chute dans la boue)

Si vous ne possédez aucun de ces tests, proposez à l'enfant de vous raconter une histoire ou un film que vous connaissez (ex : les trois petits cochons).

Agrammatisme : Défaut de construction grammaticale des phrases, avec des diminutions ou disparitions des mots de liaison, une utilisation incorrecte des accords et des temps, des verbes employés le plus souvent à l'infinitif. L'agrammatisme aboutit à un style télégraphique par la tendance générale à la juxtaposition de mots et à la réduction de leur nombre. Le langage est ainsi parfois réduit à des mots-phrases, mais garde un contenu informatif pour l'interlocuteur, car les mots noyaux sont conservés.

Dyssyntaxie : Production linguistique pathologique caractérisée par une déstructuration de la construction des phrases (qui n'obéissent plus aux règles de la syntaxe), la perte des rapports grammaticaux entre les mots, l'emploi de liaisons morphosyntaxiques à mauvais escient (« il n'est pas venu mais il était malade » ou « je venions ») altérant le contenu informatif du message jusqu'à le rendre complètement incompréhensible pour l'interlocuteur. Contrairement à l'agrammatisme, on a en dyssyntaxie une production abondante.

Morphosyntaxe Retardée : on parle d'expression morphosyntaxique retardée lorsque les structures se mettent en place dans un ordre conventionnel, mais plus tard que l'âge attendu.

Repères pour l'expression morphosyntaxique dans le développement normal :

12-18 mois : premiers mots phrases

2 ans : Juxtaposition de deux mots.

2 ans ½ : Phrases de 3 mots. Utilisation de mots grammaticaux (adjectifs, conjonctions et parfois verbes conjugués). Ils ajoutent les marqueurs grammaticaux (personne, genre, nombre, temps...).

3-4 ans : Apparition du « je », les énoncés s'allongent, utilisation de pronoms et de propositions (phrases de type Sujet – Verbe – Complément)

5-6 ans : Bonne utilisation des flexions nominales et verbales dans la phrase. Il utilise presque toutes les notions temporelles et spatiales et construit des phrases complexes. Il organise ses phrases en récit.

Dans une évolution simplement retardée, on remarquera une mise en place du présent avant la mise en place du passé, l'apparition des déterminants avant celle des pronoms personnels.

Signes spécifiques :

Signes évocateurs d'une dysphasie :

Certains signes précis peuvent évoquer une dysphasie. C'est le cas, par exemple, de l'omission fréquente de l'auxiliaire « a » dans les passés composés.

On observe une plus grande rigidité dans l'utilisation des structures syntaxiques, avec l'utilisation fréquente des mêmes énoncés et des mêmes verbes.

On retrouve également des difficultés spécifiques dans l'utilisation des pronoms personnels.

On sait aussi que les enfants dysphasiques sont souvent agrammatiques en spontané mais dyssyntaxiques en dirigé.

Signe évocateur d'un autisme :

On retrouve dans l'autisme un facteur morphosyntaxique spécifique, l'inversion pronominale : l'enfant utilise beaucoup le « tu » au lieu du « je ».

Jugement morphosyntaxique (dire si les phrases sont correctement construites) :

Cet item ne sera cotable que pour les plus grands. A ne faire que dans le cas où l'expression morphosyntaxique est pathologique. Il s'agit de voir si l'enfant n'a pas les structures syntaxiques ou s'il les connaît sans pour autant les utiliser. Les enfants dysphasiques ont souvent un agrammatisme dit d'économie, ils évitent de faire des phrases construites car celles-ci leur demandent un trop grand effort.

T = BEMS(Jugement grammatical) + Exalang 5-8 (Jugement de grammaticalité)

Compréhension morphosyntaxique :

T = EVALO(compréhension morphosyntaxique) + NEEL(Compréhension – morphosyntaxe) + BEPL-A(Syntaxe – Compréhension) + BREV(Compréhension syntaxique) + ECLA(Compréhension verbale) + Kikou(Compréhension morphosyntaxique) + O52 + BEMS(compréhension morphosyntaxique) + Epreuve de compréhension Descoedres(Exécution d'ordres) + Evalo BB(Jeu partagé : Morphosyntaxe compréhension) + Exalang 3-6 (Compétences morphosyntaxiques Réception → Aptitudes morphosyntaxiques) + Exalang 5-8 (Compréhension syntaxique)

Compréhension narrative :

T = Kikou (Compréhension narrative : évocation et reconnaissance) + Exalang 3-6 (Compétences morphosyntaxiques Réception → Compréhension de récit et rappel) + Exalang 5-8 (Compréhension de récit)

Persévérations :

Répétition involontaire d'un mot ou d'une phrase produite une première fois dans une situation appropriée et réapparaissant de manière inadéquate ensuite.

Fluidité du discours :

Emission orale quantitativement et qualitativement satisfaisante de mots et de tournures syntaxiques donnant l'impression d'avoir été bien choisis, sans hésitations et avec un débit correct, qui peut aboutir à un langage cohérent ou complètement absurde (peu importe).

L'hypospontanéité verbale est définie par Gérard comme un manque d'incitation verbale avec une pauvreté des productions orales souvent réduites à des phrases minimales et une nette diminution de la fluence verbale dans les épreuves imposées.

Atteinte homogène du langage :

Dans les retards de langage, l'atteinte du langage peut être sévère, mais elle restera homogène. Ainsi, l'enfant de 4 ans pourra avoir le profil langagier d'un enfant de 2 ans, mais cela concernera tous les aspects de son langage (lexique, syntaxe, compréhension...). En revanche, dans la dysphasie et dans certains troubles du spectre autistique, le trouble est généralement hétérogène. Ainsi, l'enfant pourra avoir un niveau de lexique normal pour son âge, associé à une syntaxe très déficitaire, etc.

Pour évaluer si l'atteinte du langage est homogène, il faut comparer les résultats aux différentes épreuves passées. Les profils finaux des batteries type EVALO, NEEL ou Exalang peuvent permettre d'avoir une vision d'ensemble sur les capacités de l'enfant.

Capacités cognitives et autre

Mémoire de travail :

Empan numérique endroit :

T = EVALO (Répétition de chiffres endroit) + NEEL (Mémoire auditivo-verbale : répétition de chiffres) + BEPL-A (Rétention – Chiffres) + BREV (Mémoire des chiffres) + EDA (Empan de chiffres) + Exalang 3-6 (Empans → chiffres) + Exalang 5-8 (Empan de chiffres)

Si vous ne possédez aucun de ces tests, proposez à l'enfant la liste de chiffres suivante. Donner un chiffre par seconde.

2-5

4-8

1-3-7

2-6-8

1-2-4-9

3-4-7-8

En grande section de maternelle (5 ans $\frac{1}{2}$), l'enfant retient en moyenne une série de 3 chiffres. Un an plus tard, 4 chiffres.

Empan mnésique verbal :

T = EVALO (répétition de phrases) + NEEL (Mémoire verbale : répétition de phrases) + BEPL-A (Rétention – Phrases) + BREV (Expression syntaxique 1^{ère} partie) + ERTL4 (Répétition de phrases) + NBTL (Répétition de phrases) + Répétition d'énoncés (Khomsi) + Exalang 3-6 (Empans → mots) + Exalang 5-8 (Empan de mots monosyllabiques) + NEPSY (répétition de phrases)

Capacité d'inhibition :

T = NEPSY (statue) + NEPSY (cogner et frapper)

Fatigabilité :

Voir si l'enfant est très fatigable, s'il a tendance à s'agiter ou à décrocher au fil de la séance, et si ses performances semblent chuter dans les épreuves longues sans accroissement de la difficulté.

Accès au symbolique → appariement images-figurines (personnages/animaux):

T = BEPL-A (Animaux – Images) + Evalo BB (Objets / Animaux et photos / Dessins)

Si vous ne possédez pas les tests ci-dessus, proposez à l'enfant un appariement jouet-image (il ne doit pas s'agir de photos mais bien de dessins). Ne pas proposer des objets, proposer des êtres vivants.

Conscience des troubles :

Voir si l'enfant a conscience de ses troubles, d'abord en le lui demandant durant l'entretien, puis en observant ses réactions lors de ses échecs (indifférences, agacement, tristesse...).

Conduites d'évitement :

Les enfants dysphasiques sont souvent amenés à utiliser des conduites d'évitement lorsque la tâche leur demande trop d'efforts. Ainsi, ils répondront « je ne sais pas » alors même qu'ils auront la réponse.

Temps de latence :

Les enfants autistes ou les enfants dysphasiques ont souvent des temps de latence. Cela signifie qu'il y a une période silencieuse entre le moment où ils sont sollicités et le moment où ils répondent. Chez les enfants autistes, ce temps de latence peut même s'élever à plusieurs minutes. La réponse à la sollicitation peut alors ne pas être perçue comme telle par l'orthophoniste qui peut être passé à autre chose.

Intérêt pour un objet nouveau :

Attendre que l'enfant joue avec un objet et lui proposer un objet nouveau. Voir si l'enfant le regarde, veut s'en saisir, l'associe à l'objet de base ou remplace ce dernier, ou s'il ignore l'objet nouvellement apporté.

L'enfant manipule les objets sans jouer :

Voir si l'enfant, lorsque qu'il a un objet, le prend, le déplace, l'utilise pour des autostimulations sensorielles, ou s'il l'utilise pour jouer (encastrement, jeu symbolique...).

Intolérance au changement / à la frustration :

Lorsque l'enfant s'amuse avec un jouet, arrêter le jeu, récupérer le jouet et le ranger. Observer les réactions de l'enfant.

Annexe 4 : Grille d'Observation Clinique

<u>Fonction</u>	<u>Evaluation</u>				<u>Modalité d'évaluation</u>	<u>Commentaires</u>			
Développement de l'enfant									
Grand prématuré	Oui a		Non		A				
Epilepsie	Oui a		Non		A				
Acquisition de la marche	Avant 18 mois a – c		Après 18 mois b		A				
Tonus, posture	Normal b – c		Hyper ou Hypotonique a		A				
Troubles du sommeil	Oui a		Non b – c		A				
Troubles de l'alimentation : sélection des aliments	Oui a – b		Non c		A				
Babillage	Normal c		Pauvre ou Inexistant a – b		A				
Premiers mots	<i>Régression</i>		<i>Déformés</i>		<i>Date d'apparition</i>			A	
	Oui a	Non b – c	Oui b	Non a – c	Avant 12 mois b – c	Entre 12 et 18 mois a – c	Après 18 mois a		

Antécédents familiaux	De trouble du langage		De trouble de la communication		A	
Amis	Oui b – c		Non a		A	
Intérêts restreints	Oui a	Plutôt oui a	Plutôt Non b – c	Non b – c	A + OC	
Sensibilité sensorielle	Normale b – c		Hypo ou Hyperdéveloppée a		OC	
Sous-total 1 Développement	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

Communication et interaction sociale						
Réponse à l'appel de son prénom	Oui b – c	Pas toujours a		Non a	OC	
Regard	Approprié b – c		Détournement a – b	Evitement a		OC
Poursuite visuelle	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		OC
Attention et Orientation aux bruits environnants	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		LP
Attention conjointe	Adaptée b – c		Absente a		OC + T	
Pointage	Absent a		Proto-impératif seulement a	Proto-déclaratif b – c		A + OC
Permanence de l'objet	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		OC + LP
Jargon	Avec prosodie b – c		Sans prosodie a		OC	
Adaptation à la situation et à son interlocuteur	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		OC
Jeu symbolique	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		OC + T
Jeu duel	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		OC
Respect du tour de rôle	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		OC
Demande d'un objet	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a		OC

Demande d'aide	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Echopraxies	Oui a		Non b – c		OC	
Echolalies	Oui a – b		Non c		OC	
Imitation vocale (prosodie, onomatopée...)	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Imitation dans le jeu	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Stéréotypies verbales	Oui a		Non b – c		OC	
Stéréotypies gestuelles	Oui a		Non b – c		OC	
Initiation de l'échange	Oui c	Plutôt Oui c	Plutôt Non a – b	Non a – b	OC	
Maintien de l'échange	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Expression plaquée	Oui a – b	Plutôt Oui a – b	Plutôt Non c	Non c	OC	
Mimiques	Oui b – c		Non a		OC	
Gestes symboliques ou à visée communicative : Compréhension	Oui b – c		Non a		OC	
Gestes symboliques ou à visée communicative : Utilisation	Oui b – c		Non a		OC	

Plaisir à l'interaction	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
Réactions lorsqu'on ne le comprend pas	Indifférence c		Colère, pleurs, tristesse, déception b		A	
Digressions	Présentes a		Absentes b – c		OC	
Se parle à lui-même	Oui a		Non		OC	
Invente des mots	Oui a		Non		OC	
Fait preuve de compassion	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	LP	
Sous-total 1 Communication	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

Parole						
<i>Praxies Bucco-Faciales</i>						
Réalisation	Praxies simples c	Praxies complexes a	Difficiles b		T + LP	
Aides	Efficaces b	Plutôt efficaces b	Non efficaces a – c		OC	
DAV	Oui b		Non a – c		OC	
Intelligibilité	Oui a	Plutôt oui a	Plutôt non b	Non b	OC	
<i>Phonologie</i>						
Erreurs instables	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC	
Aggravation par la répétition	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC + T	
Erreurs sur les voyelles	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC	
Prosodie	Adaptée b – c		Pauvre a		OC	
Sous-total 1 Parole	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

Langage						
Manque du mot	Présent b		Absent a – c		OC	
Hétérogénéité lexicale	Oui a – b	Plutôt Oui a – b	Plutôt Non c	Non c	OC	
Conduites d'approche	Oui b		Non a – c		OC	
Paraphasies	Oui b		Non a – c		OC	
Persévérations	Oui a – b		Non c		OC	
Fluidité du discours	Normale c		Hypospontanéité verbale a – b		OC	
Utilisation du « tu » au lieu du « je »	Oui a		Non b – c		OC	
Atteinte homogène du langage	Oui c	Plutôt Oui c	Plutôt Non a – b	Non a – b	OC	
Sous-total 1 Langage	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

Capacités cognitives et autres						
Fatigabilité	Normale c		Moyenne	Importante b	OC	
Conscience des troubles	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	A + OC	
Conduites d'évitement	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC	
Intérêt pour un objet nouveau	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	OC	
L'enfant manipule les objets sans jouer	Oui a		Non b – c		OC	
Intolérance au changement/ à la frustration	Oui a	Plutôt Oui a	Plutôt Non b – c	Non b – c	LP	
Sous-total 1 Capacités cognitives et autres	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	
TOTAL 1	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

Annexe 5 : Grille d'Evaluation Normée

<u>Fonction</u>	<u>Evaluation</u>				<u>Modalité d'évaluation</u>	<u>Commentaires</u>
Développement de l'enfant						
IDE version brève	Normale b – c		Pathologique a		T	
Sous-total 2 Développement	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	
Communication et interaction sociale						
Entretien pragmatique	Version P			Version G EVALO ou Shulman		OC + T
	Bon b – c	Moyen	Mauvais a	Bon b – c	Pathologique a	
Identification des émotions	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	LP	
Sous-total 2 Communication	Nombre de a :		Nombre de b :		Nombre de c :	

Parole					
<i>Praxies Bucco-Faciales</i>					
Réalisation	Praxies simples c	Praxies complexes a	Difficiles b	T + LP	
Aides	Efficaces b	Plutôt efficaces b	Non efficaces a – c	OC	
DAV	Oui b		Non a – c		OC
Intelligibilité	Oui a	Plutôt oui a	Plutôt non b	Non b	OC
<i>Phonologie</i>					
Répétition de logatomes	Bonne a – c	Altérée en début de mot b	Altérée en fin de mot a – c	T	
Altération phonologique (dénomination)	Simplifications a – c	Complexifications b	Transformations a – c	Articulation floue b	T
Sous-total 2 Parole	Nombre de a :	Nombre de b :	Nombre de c :		

Langage					
Désignation (lexique passif)	Pathologique a – c		Normale b	T	
Expression morphosyntaxique	Normale a		Pathologique b – c		T
	Meilleure en spontanée b	Meilleure en dirigée c	Equivalente		OC + T
	Agrammatisme b	Dyssyntaxie b	Retardée c		
Signes spécifiques	Signes évocateurs d'une dysphasie b	Signe évocateur d'un TSA a	Pas de signes spécifiques c		LP
Jugement morphosyntaxique	Normal b		Pathologique c		T
Compréhension morphosyntaxique	Normale b		Pathologique a – c		T
Compréhension narrative	Normale b – c		Pathologique a		T
Sous-total 2 Langage	Nombre de a :	Nombre de b :	Nombre de c :		

Capacités cognitives et autres						
Empan numérique endroit	Normal a – c		Pathologique b		T	
Empan mnésique verbal	Normal c		Pathologique a – b		T	
Capacité d'inhibition	Normale c		Pathologique a – b		T	
Accès au symbolique : Appariement images – figurines (personnages ou animaux)	Oui b – c	Plutôt Oui b – c	Plutôt Non a	Non a	T + LP	
Conscience des troubles	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	A + OC	
Conduites d'évitement	Oui b	Plutôt Oui b	Plutôt Non a – c	Non a – c	OC	
Temps de latence	Oui a – b		Non c		T	
Sous-total 2 Capacités cognitives et autres	Nombre de a :	Nombre de b :		Nombre de c :		
TOTAL 2	Nombre de a :	Nombre de b :		Nombre de c :		

La grille

La grille vous a semblé :

Facile à manier (68%) – Difficile à manier (0%) – Ça dépend des items (32%)

Pourquoi ?

Quand on l'a remplie une fois, il est assez facile de la remplir à nouveau sans avoir à ouvrir le guide.

Claire et bien organisée

Dans l'ensemble la grille est simple d'utilisation mais certains items seraient à nuancer ou mériteraient une réponse nuancée.

Je n'avais pas forcément l'habitude d'examiner tous ces aspects d'emblée et il était parfois difficile de coter des comportements en oui non J'aurais aimé des possibilités intermédiaires type rarement parfois souvent type grille mémoire Mac Nair

[Facile à manier] - Car enchaînement logique des items, utilisation de termes spécifiques simples et bien expliqués dans le livret de passation. De plus, grille simple, sans artifice et non surchargée, ce qui rend sa lecture facile. Enfin, le "type d'évaluation" situé à droite aide beaucoup pour la passation.

Beaucoup de paramètres à intégrer en même temps

Explications claires dans le livret de passation

Comme toute grille, il m'a fallu un petit temps pour me l'approprier mais le livret de passation explique bien les différents items. Je rajouterais peut-être des cases pour comptabiliser les a,b,c au bout de chaque ligne afin de faciliter la cotation.

Les items sont clairement exposés et de manière succincte. Cela est un peu moins évident lorsque les items correspondent à un test normé, il faut se référer à l'explication.

Elle va à l'essentiel, ce qui la rend facile d'utilisation.

Toutes les descriptions du protocole permettent de le remplir aisément !

La cotation est assez simple et elle demande l'utilisation de tests fréquemment utilisés (pour ma part en tout cas) donc bien connus.

Certains items demandent un vocabulaire très précis et l'on doit se référer au cahier de passation mais dans l'ensemble le tout est lisible. Certains items n'ont pas de lettres(a-b-c) attribuées.

Pour certains items, c'étaient des choses très précises que je n'évalue pas toujours en bilan initial et qui m'ont demandé plus de temps.

Il a fallu aller rechercher dans les explications (ceci dit très bien faites) pour savoir ce que vous attendiez vraiment car chaque item est très "large" et on ne savait pas à l'avance ce que vous souhaitiez vraiment tester? Donc finalement ça a pris pas mal de temps par contre vous laissez le choix du matériel (somme toute varié) et ça c'est super

Le livret de passation est très explicite. Les items sont facilement identifiables dans les tests.

Très compréhensible, facile à remplir, les précisions données dans le document explicatif sont bonnes.

Claire, concise, facile à utiliser, certains items directement observables en séance.

Parce que certains items permettaient une réponse en "tout ou rien" alors que la plupart des patients pour lesquels j'ai rempli la grille correspondaient à des réponses beaucoup plus nuancées (ex. Attention conjointe présente ou non, comportements-problèmes ou réactions négatives lorsque l'interlocuteur ne comprend pas l'enfant). De plus, parfois: - quelques notions théoriques sous-tendant le test ne me paraissaient pas évidentes (ex. Notion de permanence de l'objet, qui depuis Piaget a beaucoup évolué) - certains items pouvaient être remplis seulement en interprétant subjectivement des comportements (ex. Notion de plaisir à l'interaction par exemple) plutôt qu'en les observant en tant que constat, ce qui biaise le principe de l'outil

(censé éliminer les biais d'interprétation grâce à l'observation systématique) en plus de rendre la grille difficile à remplir

La clarté des rubriques et des items. Le livret d'explications fourni. Le format de grille est assez pratique de manière générale et ici, les items s'enchainent bien

J'ai du faire pas mal d'aller-retour entre la grille et le livret de passation ne sachant pas toujours la signification de certains items. Du coup la passation a été longue mais je pense qu'à force de la faire passer on l'a mieux en tête et du coup c'est plus rapide.

Items bien distincts et classiques pour les évaluations. Guide d'utilisation clair et précis ... Et déculpabilisant! (Certains critères seront impossibles à coter...)

Le temps de passation vous a semblé :

Correct (39%) – Long mais réalisable (61%) – Trop long (0%)

Certains items vous ont-ils semblé inutiles ou non pertinents ?

Oui (0%) – Non (100%)

Si oui lesquels :

Oui et non, quand une épreuve est fort échouée (répétition de mots), est ce vraiment nécessaire de faire répétition de phrases...?

Sans les trouver inappropriés, je pense que certains critères gagneraient à être affinés car - j'ai des patients avec autisme qui pointent y compris en proto-déclaratif mais ont appris ce comportement et ne l'utilisent pas spontanément - j'ai un patient dysphasique qui avait des comportements stéréotypés notamment du flapping, vers 2-3 ans - certains enfants avec retard (ou trouble?) du LO sont tout à fait conscients de leurs difficultés et en sont gênés - certains de mes patients avec autisme

regardent énormément l'adulte mais ne savent retirer de cela les informations pertinentes ni coordonner ce regard avec les actes de langage - etc.

Avez-vous trouvé qu'il manquait certains critères discriminants ?

Oui (18%) – Non (82%)

Si oui, lesquels ?

Un item au niveau des relations avec les pairs aurait pu être intéressant.

Dans mes bilans, je distingue énormément les composantes "réponse", "maintien" et "initiation", concernant les actes de langage et les précurseurs (de la communication). En effet, c'est l'initiation qui me semble la plus déficitaire à long terme malgré les stimulations, en cas d'autisme. Par ailleurs, l'imitation et l'âge d'apparition de différents comportements imitatifs pourraient être une donnée pertinente. Enfin, les aspects de comportement d'attention conjointe qui me semblent le plus discriminants me semblent 1) l'initiative 2) l'alternance de regard entre le référent et l'interlocuteur

Travail des émotions, le ressenti , les expressions faciales (il ne me semble pas l'avoir vu...)

Il y en certainement d'autres mais rien ne m'a manqué en particulier... et puis le risque est de rendre la passation toujours plus longue et confuse

Dans le cas du petit avec lequel j'ai utilisé la grille, la répétition ne détériore pas les productions mais elle n'aide pas, ça aurait été bien comme nuance. Aussi, pour "réactions quand il n'est pas compris" ce n'est ni de l'indifférence ni aussi extrême que de la violence/colère/pleurs, mais il ne veut plus répéter, il doit probablement se vexer ou se lasser à la longue donc pareil, cette petite nuance aurait été intéressante

Plutôt des éléments d'anamnèse, des éléments sur l'alimentation, sur d'autres suivis thérapeutiques éventuels.

Dans la grille, pour les items dont la réponse est « oui » ou « non », auriez-vous aimé pouvoir répondre « plutôt oui » ou « plutôt non » ?

Oui, cela m'aurait aidé (61%) – Non, ça ne m'a pas gêné (25%) – Autre (14%)

Autre :

Sur certains items il est en effet parfois difficile de trancher

Oui, parfois mais pas pour tous les items.

Pour certains critères, j'aurais préféré des réponses objectivées par des critères définis ou quantifiables

Répondre oui/non et avoir une case « commentaires »

Quels sont les points qui vous ont posé problème au niveau de la passation ?

Je n'avais pas forcément tous les bilans adéquats pour faire passer le test...

Le manque de case commentaires ou plus nuancée que oui/non.

Avec un enfant qui a très peu de langage (comme c'est souvent le cas pour ce type de pathologies chez des enfants jeunes), les items avec des tests normés sont quasiment impossibles à administrer, il est plus facile de remplir les items qualitatifs.

Difficultés à trancher car les performances des enfants sont souvent fluctuantes.

Aucun

La nécessité de devoir faire des allers-retours avec d'autres tests orthophoniques allonge le temps de passation/complétion

Par exemple, l'expression morphosyntaxique peut être difficilement évaluable quand l'enfant est très peu intelligible.

Juste certains tests que je ne connaissais pas

Pour la question précédente [items amenant à une réponse oui/non]. D'un autre côté je suis pour qu'on arrive à "un avis tranché" pour le test, sinon le diagnostic devient compliqué à poser. Tous les items ne sont pas réalisables avec tous les patients, peut être qu'il faudrait avoir une limite du nombre d'items effectivement passés pour savoir si la grille est interprétable. Concernant mon patient, j'avais effectué le bilan il y a 4 mois donc il n'y a peut être eu un effet retest pour certaines épreuves.

Aucune difficulté rencontrée lors de la passation.

Parfois, les critères ne sont pas aussi "francs" chez les patients.

Pas de problème particulier. Le plus difficile peut être que l'enfant n'adhère pas à la situation de test pour les épreuves normées.

Certains items attendus n'étaient pas réalisables face au type de patient (autiste avec très peu de langage).

Éléments ci-dessus sur les critères trop subjectifs - Notions de critères "plutôt en faveur d'un retard de langage / d'une dysphasie / d'autisme" présupposant qu'on a déjà en tête le diagnostic différentiel et donc une "intuition clinique" avant d'examiner les constats de manière systématisée, alors que cette grille doit nous aider à contrebalancer les biais liés à l'intuition clinique... D'autant plus qu'il n'y a pas de consensus net je trouve entre "retard de langage" et "dysphasie" surtout en France

"Antécédents familiaux : de trouble du langage" (à préciser ECRIT ou ORAL) - "Désignation" dans la partie "LANGAGE" : pour N, l'examen du lexique passif révèle un score faible. Or, il n'y a qu'un choix de réponse dichotomique ("pathologique" ou "normal"), rajouter un item peut-être... - De même pour "fatigabilité", N se situe entre "normale" et "importante" ! Donc difficile de coter....

Rien en particulier. En revanche ça pourrait être pas mal de le présenter sur un support informatique avec un calcul automatique du nombre de A, B, C à la fin.

Aucun

Plus de difficultés pour les épreuves normées

Les capacités cognitives

Certains tests que je n'avais pas - pour l'enfant B (autiste), le fait que c'est le médecin du service seul qui a fait l'anamnèse avec les parents et qu'elle n'a pas posé toutes les questions qui m'auraient été utiles d'où le fait que certains items ne sont pas cotés..

Cela aurait pu aider de pouvoir préciser parfois d'où venaient les difficultés (ex : en compréhension, score chuté à cause des difficultés attentionnelles etc.)

Le manque de tests, et peut-être le temps entre le bilan initial et les épreuves complémentaires que proposent ton bilan précoce. Du coup les enfants ont évolué et l'effet retest nous empêche de repasser les batteries complètes donc on s'appuie sur 2 évaluations qui n'ont pas le même temps T0.

Il aurait peut être fallu tout au début du questionnaire noter tous les tests susceptibles d'être utilisés (ça m'aurait évité de retourner 4 fois à mon placard de tests), ceci dit, j'aurai pu aussi le noter ...mais si c'était noté, ce serait mieux numéroter aussi vos bas de pages

La cotation des praxies.

Si c'est une grille qui doit être passée au moment du bilan il est souvent très difficile d'avoir recours à des tests étalonnés et seule l'observation clinique sur plusieurs séances permet de balayer tous les items Par rapport au temps l'observation des données est longue mais le recueil dans la grille est ok et intéressant

Il a été difficile voire impossible de noter les items faisant appel à des épreuves normées.

Pour ma part mais le problème vient de moi c'est le manque de tests. Dans les tests mentionnés j'en ai actuellement peu en ma possession du coup je n'ai pas pu tout compléter.

Empan et capacité d'inhibition: refus enfant pour empan et pas de tests pour inhibition!

Concernant le livret de passation, vous l'avez trouvé :

Pratique (93%) – Pas suffisamment pratique (7%) – Pas pratique du tout (0%)

S'il ne vous a pas semblé pratique, pourquoi ?

Pas assez synthétique

Très bonnes explications!

C'est très personnel, mais un peu de "mise en relief" au niveau de la mise en page serait bien (couleurs, tailles de police ...).

Sauf le fait qu'il ne soit pas numéroté

Peut être un peu long.

Toujours concernant le livret de passation, vous l'avez trouvé :

Trop détaillé (11%) – Suffisamment détaillé (86%) – Pas assez détaillé (3%)

Avez-vous eu du mal à coter les épreuves normées ?

Oui (46%) – Non (54%)

Si oui, pourquoi ?

Vous n'aviez pas les tests proposés (30%) – Vous ne maîtrisiez pas bien les cotations (7%) – Les épreuves étaient trop difficiles par rapport au niveau de l'enfant (50%) – Autre (14%)

Avez-vous eu du mal à coter les épreuves en observation clinique ?

Oui (36%) – Non (64%)

Si oui, pourquoi ?

Le comportement était fluctuant chez l'enfant (40%) – L'enfant a eu du mal à entrer dans la situation de jeu libre (30%) – Autre (30%)

Autres :

Pour les 2 raisons citées précédemment, il a fallu plusieurs séances pour réussir à coter certains items

cf observations précédentes ["Si c'est une grille qui doit être passée au moment du bilan il est souvent très difficile d'avoir recours à des tests étalonnés et seule l'observation clinique sur plusieurs séances permet de balayer tous les items. Par rapport au temps l'observation des données est longue mais le recueil dans la grille est ok et intéressant]

Les 2 , très peu de jeu libre, et le jour de la passation n'était pas représentatif

Dans votre pratique quotidienne, vous sentez-vous apte à poser un diagnostic de dysphasie ?

Oui (11%) – Ça dépend des enfants (64%) – Non, j'envoie systématiquement au Centre Référent des Troubles du Langage (15%) – Je n'ai jamais eu à me poser la question (pratique salariale ou autres) (11%)

Globalement, pensez-vous que cet outil répond à un besoin des orthophonistes ?

Oui (93%) – Non (0%) – Je ne sais pas (7%)

Globalement, cet outil vous a-t-il semblé pertinent ? (type de questions, méthodologie...)

Oui (100%) – Non (0%) – Je ne sais pas (0%)

Quels sont, selon vous, les points positifs de cet outil ?

Il aide à poser les choses par écrit. Il n'aide pas forcément au diagnostic mais il permet d'appuyer ce que l'on pensait déjà et nous éviter les doutes.

Complet, ce qui n'est pas souvent le cas des outils déjà existant.

Un énorme: c'est un diagnostic différentiel difficile mais que l'ortho en libéral doit de plus en plus pouvoir faire pour une prise en charge adaptée.

Intéressant comme outil d'aide au diagnostic pour colliger les arguments en faveur d'une pathologie

Cet outil redéfinit certains points importants concernant le langage oral. Il constitue un réel guide accompagnant nos connaissances et la pratique clinique.

J'ai trouvé intéressant de rassembler toutes les informations pertinentes à un diagnostic différentiel dans un seul outil.

Il permet de faire un diagnostic différentiel, cependant selon l'âge et l'évolution de la pathologie, les comportements fluctuent.

Outil complémentaire d'un bilan permettant, à terme, un diagnostic différentiel pas toujours évident.

Cet outil peut permettre d'adresser de façon pertinente les enfants en centre de diagnostic TSA et éviter l'engorgement des services déjà surchargés. Idem sans doute pour les centres référents des troubles du langage.

L'enchaînement des items. Une grille qui reprenne les 3 pathologies avec des éléments différentiels.

L'outil met en avant des points essentiels pour la mise en place du diagnostic. Il m'a éclairée sur certains critères que j'oubliais d'évaluer. De plus, il permet également de fournir l'anamnèse.

Outil pertinent, qui répond à un grand besoin orthophonique. Outil facile d'utilisation, qui permet d'établir un diagnostic différentiel en un temps correct. Bilan réalisable dans la pratique orthophonique.

La cotation aide à faire le résumé des critères discriminants des différentes pathologies.

Clair - détaillé et aide à l'OC - bon guide diagnostic

C'est un excellent outil qui permet de réorganiser nos observations avec grande facilité et dessiner un profil de l'enfant testé. Très bon résumé, équilibré et coordonné des différents écrits et tests déjà existants.

Je dirai qu'il est certainement pertinent pour de jeunes orthos (ou pas suffisamment formées dans ces pathologies) mais je trouve qu'il manque des questions sur les deux premières années de vie: attention conjointe, regard, interactions (critères que l'on retrouve tôt chez les enfants autistes) je trouve que lorsque les enfants ont 3/ 4

ans, on peut parfois se tromper: reprendre le développement sur les deux premières années de vie est pertinent

- Je suis très séduite par l'idée d'avoir une grille en parallèle de mon bilan qui me permette d'observer des signes évocateurs (sachant que le diagnostic ne pourra être confirmé que plus tard évidemment) qui pourront quand même plus ou moins orienter ma prise en charge - J'ai trouvé que le livret était très bien fait, juste suffisamment de détails pour rendre la grille compréhensible et ne pas rendre la lecture trop longue et fastidieuse.

Il permet d'améliorer le bilan initial que j'avais fait passer (EVALO version courte), d'ajouter des choses que je n'avais pas testées

- permet un curriculum avec des critères systématiques afin d'éviter les analyses éliminant trop hâtivement certains diagnostics différentiels - permet un inventaire regroupant et comparant les données issues d'outils d'évaluation pertinents - permet de visualiser rapidement le profil de communication d'un jeune patient - oriente l'orthophoniste vers des approches et des professionnels adaptés aux besoins de l'enfant

Cela permet de synthétiser et d'organiser les données recueillies et d'orienter le diagnostic

Cet outil reprend les thèmes/observations/questions relevées lors d'un bilan ou d'une anamnèse et propose de façon assez pertinente de réfléchir dessus et d'analyser de façon assez simple. (ce qui rend la pose d'un diagnostic bien moins effrayante !)

Il permet de se rassurer quant au choix de diagnostic pour l'enfant. De plus, il permet également de s'assurer n'avoir oublié aucun point essentiel dans l'évaluation de notre patient.

Facile à comprendre et à s'approprier si on utilise déjà les tests proposés. Permet d'obtenir un type de profil, ce qui nous permet toujours d'éclaircir les choses.

Assez rapide dans la prise en main. Regroupe les différentes infos essentielles à recueillir tant dans l'anamnèse que dans la passation du bilan. Rapidité de résultat.

Il est complet et donne une trame complète d'investigation.

Pratique à utiliser, permet de se poser les questions nécessaires à un diagnostic différentiel.

C'est un outil qui peut vraiment servir dans la pratique orthophonique. Il n'est pas simple de poser des diagnostics et tout outil pouvant nous y aider est bon à prendre. C'est une grille donc c'est assez simple à manier et tout n'est pas obligé d'être rempli en une fois! Grâce à cette grille et au livret de passation je suis plus attentive à certaines choses et j'ai même appris certaines caractéristiques de la dysphasie, du RP/RL et du TSA que je ne connaissais pas.

Il reprend les items pertinents et classiques d'une évaluation de Tout-petits. J'attends de lire votre partie théorique pour comprendre le déroulé de votre pensée et vos appuis théoriques.

Quels sont, selon vous, les points négatifs de cet outil ?

Le nombre d'épreuves différentes de plusieurs batteries peut peut-être être un frein à l'utilisation de cet outil pour plusieurs personnes.

Pas assez de précision pour certains items.

La quantité de tests nécessaires pour compléter tous les items

Peut-être un peu délicat dans la façon de mettre les a/b/c, erreurs possibles au niveau des cotations. Peut-être plus facile pour la cotation de proposer directement 3 profils a-b-c par colonne en mettant ce que l'on attend de l'enfant dans chaque case mais sûrement plus compliqué à mettre en place pour vous.

J'aurais du mal à établir un réel diagnostic précoce avec seulement cet outil personnellement. Mais il me serait d'une aide dans la synthèse de mes observations cliniques.

Il est long et fastidieux de comptabiliser les a, b et c. La disposition est source d'erreurs.

Le côté OUI/NON seulement ... on a parfois des enfants qui se trouvent entre 2 réponses....

Manque parfois de sensibilité dans les cas limites

Un petit peu rigide. La rubrique pragmatique est à mon sens pas assez développée, des items de cette rubrique pourraient être rajoutés.

Pas toujours les tests à disposition (EVALO BB, BEMS, IDE...).

Il serait intéressant de le diviser en 2 grilles : l'une pour les épreuves normées, l'autre pour l'observation clinique.

Un peu long, à faire sur plusieurs séances, mais finalement ce sont les épreuves qu'on fait passer en bilan.

J'en trouve peu... si ce n'est qu'une grille oblige toujours à rentrer l'enfant "dans des cases"... et parfois, les réponses ne sont pas si évidentes.

Je pense que la passation est un peu trop longue, une méthodologie type "arbre décisionnel" permettrait peut-être de ne pas faire passer tous les tests là où ce n'est pas nécessaire

Peut être un peu long quand même ou nécessiterait un mode de présentation plus attractif

Pas assez de recul pour en donner.

Je n'ai réussi à dégager un profil diagnostique pour aucun de ces 2 enfants bien que l'un des 2 soit autiste (diagnostic posé et pas trop de doutes au quotidien), pour le 2ème j'ai une suspicion pour une éventuelle dysphasie d'où l'intérêt que je porte à votre grille... maintenant je n'ai pas pu coter tous les items (tests dont je ne dispose pas ou items impossibles à vérifier/coter), peut-être que c'est ce qui a posé problème.. Mais cela n'est pas en soit un point négatif de cet outil car ce n'est pas forcément l'outil qui est en cause...

Difficile de rentrer dans les cases parfois.

J'ai mis dans le tableau ci dessus les points positifs et négatifs en même temps. Il est intéressant mais n'étudie peut être pas suffisamment les deux premières années. [« [...]mais je trouve qu'il manque des questions sur les deux premières années de vie: attention conjointe, regard, interactions (critères que l'on retrouve tôt chez les enfants autistes) je trouve que lorsque les enfants ont 3/ 4 ans, on peut parfois se tromper: reprendre le développement sur les deux premières années de vie est pertinent »]

- le manque d'homogénéité dans les niveaux d'analyse (parfois au niveau du constat comportemental, parfois au niveau de l'interprétation syndromique, parfois au niveau de l'estimation de compétences neuropsychologiques) - des bases théoriques (notions de spectre autistique et de continuum des TSLO peu présentes, dichotomie retard de langage / dysphasie beaucoup remise en question aujourd'hui, notions constructivistes peut-être peu pertinentes pour un diagnostic selon les critères internationaux) et des critères (cf. ci-dessus: notions d'initiative, d'alternance du regard, etc.) à affiner

Il reste relativement long à faire passer.

C'est parfois un peu long et très détaillé

Pour ma part, pas de difficulté jusque-là à faire un diagnostic différentiel entre ces deux pathologies, sauf dans le cas de suspicion précoce de TSA (autour de 2ans) où votre outil pourrait aider à avancer dans le diagnostic. C'est donc plutôt positif au final!

Une cotation quantitative permettant de différencier les différents troubles me paraît difficile... Comme dans le cas de mon patient où finalement trop peu d'écart entre la dysphasie et le retard de langage. Cependant, au niveau qualitatif, c'est très intéressant.

C'est peut-être un peu long, mais quand on connaît bien l'enfant ça va vite.

Deux grilles distinctes (tests normés/observation qualitative) serait peut-être plus pertinentes et claires.

Le temps de passation et d'appropriation qui est long. Après a force de la faire passer je pense qu'on gagne en Rapidite et fluidité.

Enrichir peut-être encore d'autres exemples de réponses possibles, de réponses attendues la grille d'utilisation

Avez-vous quelque chose à ajouter (remarque, proposition, question) ?

Ajouter une case commentaires, j'ai eu besoin d'annoter des choses à côté. J'aurais souhaité le faire passer à plus d'un enfant pour pouvoir vous donner plus de remarques/commentaires.

Bravo!

Ceci dit, je trouve que votre travail est intéressant et que vous avez bien bossé....

C'est un chouette travail qui sera certainement très utile à notre pratique, il fallait s'y attaquer donc bravo et merci pour votre travail ! J'ai hâte de connaître la suite de ce projet.

Super travail et bon courage!!

- bravo pour ce travail colossal et cette très bonne idée - mes remarques se voulaient précises et bienveillantes, ne prenez pas mal leur densité et leur nombre, car votre travail est vraiment très utile, rigoureux et intéressant - mes remarques se basaient sur mon expérience clinique de seulement 5 ans et de lectures sur les TSLO et les TSA (ECSP, Bishop, Leonard, Coquet, Roch, Masson, etc.), n'hésitez pas à me donner un retour sur mes idées, qui restent les modestes remarques d'une jeune orthophoniste qui cherche à aider - je serais intéressée par votre partie théorique - n'hésitez pas à me donner un retour sur votre travail de recherche par la suite, qui intéresserait également le groupe "orthophonistes et TSA"

Bravo pour le boulot !

Je ne me rappelle plus si tu l'as mis mais peut-être une définition de chaque pathologie à l'intérieur du livret

Un tableau avec les proportions de chaque résultat pourrait être intéressant pour visualiser les profils.

Une remarque concernant les propositions de tests : EVALO + NEEL + Exalang (j'aurais mis "ou" à la place du +). Mais c'est vraiment un détail de forme !

Proposition échelle de réponses plus sensible cf plus haut [« Manque parfois de sensibilité dans les cas limites »]

Outil complet très intéressant ! Bravo ;)

Si j'avais cet outil je crois que j'aimerais y trouver des ressources théoriques sur l'attribution des réponses à chaque profil. Je prends un truc au pif pour expliquer ce que je veux dire : la dyssyntaxie : telles études ont montré que c'était spécifique à tel patho tandis que dans telle patho les personnes sont plutôt agrammatique.

Je suis contente qu'un outil comme celui-ci puisse arriver dans nos cabinets, pour dédramatiser la prise de risque ressentie parfois lorsqu'il faut poser un diagnostic, nous permettre d'y voir plus clair sur des patients à la limite de certaines pathologies. J'espère qu'une version normée/officialisée verra le jour !

Voir ci-dessus [« Je pense que la passation est un peu trop longue, une méthodologie type "arbre décisionnel" permettrait peut-être de ne pas faire passer tous les tests là où ce n'est pas nécessaire »]

Merci!

Résumé :

Le diagnostic différentiel de la dysphasie s'avère complexe à poser en libéral, de par la nature de ce trouble qui se retrouve bien souvent intriqué avec des suspicions de troubles du spectre autistique ou de retards de langage. C'est pour aider le professionnel à poser précocement une orientation diagnostique que nous avons choisi d'élaborer cet outil d'évaluation. Destiné aux enfants âgés de 2ans ½ à 5ans ½, il allie observation clinique et évaluation normée.

Afin d'obtenir l'avis des professionnels visés, nous avons proposé à 28 orthophonistes de tester notre grille d'évaluation sur des enfants déjà diagnostiqués se situant dans notre tranche d'âge. Il est apparu, à l'issue de cette expérience, que 75% des passations aboutissaient à un profil diagnostique correspondant au diagnostic effectif, les 25% restant correspondant à des profils n'ayant pu être déterminés.

Des retours des orthophonistes, il est ressorti un besoin réel pour cet outil avec une satisfaction globale de son fonctionnement.

Ces résultats sont donc encourageants et mèneront à la poursuite de ce mémoire par une validation de la grille élaborée.

Mots clés : *Dysphasie, Retard de langage, Trouble du Spectre Autistique, Diagnostic différentiel, Evaluation*

Abstract :

Because it's so hard to differentiate dysphasia from Autism Spectrum Disorder or Simple Delayed Language suspicions, the differential diagnosis is very hard to make for a single professional. We have chosen to create this tool to help the speech language therapist (SLT) to determine the right diagnosis early. Made for children aged between 2 and a half and 5 and a half years old, it combines clinical observation and scored evaluation.

In order to get the opinion of aimed professionals, we asked 28 SLT to try our test on children matching our age bracket and who had already been diagnosed. From this experiment, it appeared that 75% of the determined profiles fitted with the real diagnosis, while the last 25% couldn't be determined.

From the SLT feedbacks, a serious need for our tool and a global satisfaction of its use were emphasized.

Therefore, these results are promising, and they will permit to continue this work with a validation of this elaborated grid.

Key words : *Dysphasia, Language delay, SLI, Autism Spectrum Disorder, Differential diagnosis, Evaluation*