



HAL
open science

Récit de soi : les adultes Asperger sont-ils plus habiles à l'écrit ? Analyse de courriers personnels adressés au CRA de Picardie

Vanille Berthomier

► To cite this version:

Vanille Berthomier. Récit de soi : les adultes Asperger sont-ils plus habiles à l'écrit ? Analyse de courriers personnels adressés au CRA de Picardie. Sciences cognitives. 2018. dumas-02108358

HAL Id: dumas-02108358

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02108358v1>

Submitted on 24 Apr 2019

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.



UFR de Médecine – Département d’orthophonie

**RECIT DE SOI : LES ADULTES ASPERGER
SONT ILS PLUS HABILES A L’ECRIT ?**

Analyse de courriers personnels
adressés au CRA de Picardie

Mémoire présenté pour l’obtention du Certificat de Capacité d’Orthophoniste

Par

Vanille BERTHOMIER,

Sous la direction de :
Anne-Lise BENAIN, Orthophoniste

Soutenu le 18/06/2018



UFR de Médecine – Département d’orthophonie

**RECIT DE SOI : LES ADULTES ASPERGER
SONT ILS PLUS HABILES A L’ECRIT ?**

Analyse de courriers personnels
adressés au CRA de Picardie

Mémoire présenté pour l’obtention du Certificat de Capacité d’Orthophoniste

Par

Vanille BERTHOMIER,

Sous la direction de :
Anne-Lise BENAIN, Orthophoniste

Soutenu le 18/06/2018

Académie d’AMIENS

Année universitaire : 2017/2018

Maitre de stage, maître de mémoire, et beaucoup plus encore, je remercie naturellement Anne-Lise Benain. Pendant toute ma scolarité en tant que professeure et plus particulièrement ces trois dernières années, elle m'a accompagnée et aidée à me questionner toujours davantage. Elle a placé en moi une confiance que je n'avais pas, et su instiller une ouverture d'esprit salutaire pour la future orthophoniste que je suis. Toujours à l'écoute et bienveillante, pleine de ressources et d'un naturel particulièrement optimiste, je n'aurais su rêver mieux pour me conseiller dans l'exercice du mémoire. Ce dernier n'aurait d'ailleurs pas pu être réalisé sans le CRA et ses membres, qui ont contribué à faire germer le sujet. Je les remercie d'avoir activement participé à ma réflexion, grâce à des conseils avisés et des connaissances théoriques et cliniques pointues.

Merci à Maryline, ma « deuxième maman », qui m'a insufflé l'envie de devenir orthophoniste et qui reste un modèle professionnel. Parmi mes maîtres de stage, il me tient à cœur de remercier Anne, une « wonder ortho » et ma source d'inspiration : inventive, créative, attentive, intelligente et intéressante, avec un brin de folie. Merci à toi, Marine, « wonder stagiaire » devenue orthophoniste d'envergure, avec qui les échanges ont été passionnants et toujours tellement enrichissants.

Plus personnellement je souhaite remercier avec beaucoup d'émotion mes amies : Lison, Sophie, Clémence, Justine, Julie et Fanny, chacune à votre façon vous m'avez aidée à progresser et mûrir. Mention spéciale est faite à Julie, mon acolyte au quotidien, mon binôme, avec qui j'ai tout partagé cette année intense et difficile du mémoire. Fanny, tu as toute ma reconnaissance pour ton temps : ma méthodologie est bien plus sexy grâce à toi, tu es le double aveugle qui m'a permis d'y voir plus clair. Ton humour, ta générosité et tes conseils toujours avisés, ta rigueur et ton exemple auront rendu ce mémoire (presque) agréable. Merci à Adeline de m'avoir accueillie chez elle pour travailler dans les meilleures conditions possibles, et d'avoir pris beaucoup de temps pour apporter un œil extérieur, aiguisé et intéressé à ce mémoire. Enfin, merci à mes parents, que j'ai quelque peu malmenés ces dernières années, mais dont le soutien n'a jamais fait défaut. Ils ont pour moi construit des bases solides, sans lesquelles je n'aurais jamais réussi à arriver là où je suis, ils restent des exemples. J'espère les rendre aussi fiers de moi que je le suis d'eux. Pour finir, merci à ma petite sœur, Cannelle, petite par l'âge mais immense par la culture, les valeurs, la rigueur, la maturité, l'engagement et la passion, elle m'a aidée plus que personne à traverser cette année compliquée.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE THEORIQUE	8
1. LE SYNDROME D'ASPERGER : UN DIAGNOSTIC DANS UNE ENTITE SYNDROMIQUE	9
1.1. <i>Origines du concept</i>	9
1.2. <i>Evolution nosographique</i>	10
1.3. <i>Sémiologie</i>	11
1.4. <i>Prévalence</i>	13
2. PARCOURS DIAGNOSTIQUE	13
2.1. <i>Chez l'enfant</i>	13
2.2. <i>Chez l'adulte</i>	14
2.3. <i>Les Centres Ressources Autisme</i>	14
3. DEVELOPPEMENT DU LANGAGE CHEZ LES PERSONNES ASPERGER	15
3.1. <i>Aspects formels</i>	15
3.2. <i>Aspects pragmatiques</i>	16
3.3. <i>Aspects sociaux</i>	16
3.4. <i>Récits personnels, conduites narratives et discursives</i>	17
3.5. <i>Rapport à l'Autre et engagement dans la parole</i>	18
4. ORALE ET ECRITE : DEUX LANGUES DIFFERENTES ?	20
4.1. <i>Témoignages du rapport à l'écrit et à l'oral chez les personnes avec le syndrome d'Asperger</i>	20
4.2. <i>Caractéristiques théoriques de l'oral et l'écrit</i>	21
4.3. <i>Réflexion sur les enjeux d'une étude comparative oral/écrit</i>	22
4.4. <i>Intérêt d'une étude portant sur des données naturelles</i>	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	24
PROBLEMATIQUE	25
OBJECTIFS DE TRAVAIL ET HYPOTHESES	26
METHODOLOGIE	27
1. POPULATION	28
1.1. <i>Méthodologie de recrutement</i>	28
1.2. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	29
1.3. <i>Présentation de la population étudiée</i>	30
2. MATERIEL	32
2.1. <i>Deux corpus linguistiques naturels</i>	32
2.2. <i>Elaboration des critères d'analyse</i>	33
3. METHODE	35
3.1. <i>Recueil des corpus</i>	35
3.2. <i>Protocole pour l'étude comparative</i>	36
4. ANALYSE DES DONNEES	38

RESULTATS	39
1. PRODUCTION DE LETTRES SPONTANÉES	40
2. EVALUATION ET COMPARAISON DU NOMBRE DE MOTS	40
3. EVALUATION ET COMPARAISON DES ÉLÉMENTS DU MONDE INTERNE ET SUBJECTIF	41
3.1 <i>Les thèmes abordés</i>	41
3.2 <i>Termes faisant référence à soi</i>	43
3.3 <i>Termes faisant référence aux émotions et aux ressentis</i>	44
4. COMPARAISON QUALITATIVE DES LETTRES ET DES ENTRETIENS	45
4.1 <i>Patient 1</i>	45
4.2 <i>Patient 2</i>	45
4.3 <i>Patient 3</i>	46
4.4 <i>Patient 4</i>	47
4.5 <i>Patient 5</i>	48
4.6 <i>Patient 6</i>	48
4.7 <i>Patient 7</i>	49
DISCUSSION.....	50
1. RAPPEL DES OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	51
2. ANALYSE DES RESULTATS.....	51
2.1. <i>Envoi préalable de lettres au Centre Ressources Autisme</i>	51
2.2. <i>Analyse quantitative du nombre de mots des corpus</i>	52
2.3. <i>Analyse comparative des aspects émotionnels, subjectifs et internes</i>	53
2.4. <i>Analyse qualitative des corpus oraux</i>	55
2.5. <i>Analyse qualitative des corpus écrits</i>	56
3. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	57
4. INTERÊTS DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES.....	59
CONCLUSION	60
ANNEXES	69
ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES CORRESPONDANCES ENTRE LES DIFFÉRENTES CLASSIFICATIONS.....	70
ANNEXE 2 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM-IV.....	71
ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'OBSERVATION	74
ANNEXE 4 : FICHE EXPLICATIVE DE L'AUTISM DIAGNOSTIC OBSERVATION SCHEDULE	75
ANNEXE 5 : EXTRAITS D'UNE TRANSCRIPTION VIDEO	78
ANNEXE 6 : EXTRAITS DES CORPUS ORAUX DES PATIENTS DE LA COHORTE.....	80
ANNEXE 7 : EXTRAIT DES LETTRES PERSONNELLES ADRESSÉES AU CRA.....	84

INTRODUCTION

Depuis la parution du DSM-V, le syndrome d'Asperger est placé sur le continuum des Troubles du Spectre de l'Autisme (American Psychiatric Association, 2013). Ce changement met en péril son statut d'entité diagnostique. Si les autistes Asperger partagent en effet avec les autres formes légères d'autisme des difficultés précoces à communiquer et à varier leurs intérêts, leur niveau de langage les en différencie par ailleurs (Attwood, 2010). Toutefois, ce bon niveau de langage est à relativiser lorsqu'il concerne les aspects pragmatiques, sociaux et narratifs. En effet, les difficultés dans la communication verbale et non verbale des personnes avec un syndrome d'Asperger se reflètent dans les conduites narratives, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit de l'expression de ressentis (Baixauli, Colomer, Rosell, & Miranda, 2016; Plumet, 2014). Ces fragilités des conduites narratives ont été constatées dans la littérature scientifique mais les études se sont davantage intéressées à des corpus oraux. Au Centre Ressources Autisme de Picardie pourtant, nombre de courriers ont été reçus émanant de ces personnes. Ces dernières ont pris le temps d'y raconter leur histoire afin d'exposer les raisons pour lesquelles elles souhaitent être reçues. La richesse du contenu de ces lettres contraste avec ce que ces personnes peuvent en dire à l'oral dans le cadre d'un entretien.

L'objectif de ce mémoire est de comprendre si les difficultés des autistes Asperger sont dues à l'expression de leurs émotions et de leurs ressentis ou à la situation de communication elle-même. Ce mémoire repose sur une méthodologie originale dans la mesure où il s'agit de comparer deux corpus naturels, oral et écrit. Ces derniers ont été collectés au Centre de Ressources Autisme de Picardie. Ils sont issus de courriers spontanés et d'entretiens filmés. À l'aide de ces données nous souhaitons effectuer une étude rétrospective, pour identifier, tant quantitativement que qualitativement, ce qui peut fragiliser ou rendre plus confortable l'écrit ou l'oral. Si nos hypothèses sont confirmées, de nouvelles perspectives s'offriront pour les cliniciens concernés par la prise en charge des Asperger : la médiation de l'écrit pourrait s'avérer pertinente pour ces patients.

Après avoir étudié les bases théoriques de l'histoire et des spécificités du syndrome d'Asperger dans le spectre de l'autisme puis les caractéristiques du développement du langage chez les autistes Asperger, nous présenterons le cheminement vers le diagnostic, ainsi que les caractéristiques théoriques différenciant l'oral de l'écrit. Nous évoquerons ensuite la méthodologie de recrutement de la cohorte, la création des axes de comparaison choisis : quantitatifs et qualitatifs. Les résultats obtenus au terme des différents axes de

comparaison des corpus feront l'objet d'une analyse détaillée et d'une discussion permettant de les confronter aux données de la littérature scientifique.

PARTIE THEORIQUE

1. LE SYNDROME D'ASPERGER : UN DIAGNOSTIC DANS UNE ENTITE SYNDROMIQUE

Ce titre emprunté à Tonus (2012) résume la difficulté à concevoir cette affection qui semble avoir ses caractéristiques propres et qui trouve aussi sa place parmi les troubles de lignée autistique.

1.1. Origines du concept

En 1944, Asperger, psychiatre et pédiatre autrichien, emploie le terme d'autisme dans une publication pour décrire le comportement particulier de certains de ses jeunes patients. Ces derniers présentent des symptômes communs : manque d'empathie, intérêts restreints, difficultés sociales, maladresses motrices. Ces adolescents possèdent une efficacité intellectuelle normale ou supérieure mais un langage singulier qui peut poser problème dans la communication avec autrui (Attwood, 2010). Tout comme Kanner à la même époque (Kanner, 1943), Asperger emprunte le terme d'« autisme » à Bleuler qui a créé ce vocable en 1911 pour désigner le « repli sur soi » du schizophrène (Plumet, 2014). Kanner, lui, l'introduit en 1943 dans l'expression « autisme infantile précoce » pour mettre en évidence un syndrome chez des enfants avec des aspects extérieurs dits normaux -c'est-à-dire sans dysmorphie faciale - dont la pathologie se distingue de la psychose ou du retard mental. Aujourd'hui, des classifications comme la Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent Révisée (CFTMEA-R) (Mises et al., 2012) conservent l'appellation d' « autisme de Kanner » qui reprend les symptômes décrits en 1943 (Kanner, 1943 cité par Plumet, 2014).

Les recherches d'Asperger sont longtemps restées dans l'ombre de celles de Kanner. Ce n'est qu'en 1981 que Wing, psychiatre britannique spécialisée dans l'autisme, les fait reparaître pour décrire des patients dont la description diffère de celle de Kanner. C'est elle qui va introduire l'expression diagnostique « syndrome d'Asperger » (Attwood, 2010 ; Wing, 1981). En 1989, une conférence se tient à Londres au sujet de ce syndrome et c'est à partir de celle-ci que les premiers critères diagnostiques sont établis et publiés (Attwood, 2010 ; C. Gillberg, 1991 ; I. C. Gillberg & Gillberg, 1989). Aujourd'hui encore, ce sont ceux que préfèrent beaucoup de cliniciens (Attwood, 2010). C'est en 1993 pour la

CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1993) et en 1994 pour le DSM-IV (American Psychological Association, 1994) que le « trouble d'Asperger » est inclus dans la catégorie des Troubles Envahissants du Développement avant qu'il ne disparaisse du DSM-5 à sa parution en 2013, assimilé à la catégorie des Troubles du Spectre Autistique (TSA).

1.2. Evolution nosographique

Depuis plus de 70 ans, nombreuses en effet, ont été les tentatives de préciser le concept d'autisme, que ce soit sa spécificité, au travers de la question du diagnostic différentiel, ou des symptômes à identifier (Plumet, 2014). Les débats autour de l'autisme restent ouverts tant théoriquement que cliniquement (Beaulne, 2012), et ont pour conséquence la coexistence de plusieurs échelles détaillant les critères diagnostiques utilisés par les médecins psychiatres pour poser le diagnostic. Parmi celles-ci, se côtoient la Classification Internationale des Maladies, d'origine anglaise (CIM-10) (OMS, 1993), le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, d'origine américaine (DSM-5) (American Psychological Association, 1994) et la Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent Révisée (CFTMEA-R) (Mises et al., 2012). Pour un même faisceau de signes cliniques, le diagnostic peut donc recouvrir des expressions différentes. Coulon (2016) nous propose des correspondances (cf. Annexe 1, page 70).

Le DSM V est considéré comme la principale référence des publications scientifiques internationales (Beaulne, 2012). Le diagnostic de « Trouble du Spectre Autistique » repose sur les difficultés persistantes dans la communication et les interactions sociales, ainsi que la présence de comportements et d'intérêts ou activités restreints ou répétitifs. Ces symptômes doivent être présents depuis la petite enfance, avoir des répercussions sur le fonctionnement quotidien de la personne, et ne pas être imputables à (ou expliqués par) un déficit intellectuel ou à un retard global de développement (American Psychiatric Association, 2013). Le syndrome d'Asperger correspond, dans cette échelle, à une forme « légère » de TSA bien que son autonomie au regard de l'autisme soit toujours discutée (Bursztejn, Raynaud & Misés, 2011).

Les classifications sont empreintes des représentations de leurs concepteurs sur le développement : globalement des faisceaux de signes similaires sont repérés mais l'organisation et la mise en perspective des symptômes est construite

différemment (Plumet, 2014). La méthodologie et les hypothèses concernant les mécanismes étiologiques sous-jacents se distinguent dans ces classifications. En effet, ces dernières sont sémiologiques, c'est-à-dire qu'elles reposent sur les symptômes, les mécanismes responsables de l'autisme n'ayant pas encore été identifiés : aucun marqueur biologique ou comportemental unique ne permet d'établir un diagnostic d'autisme à ce jour. Actuellement, c'est la notion de modèle étiologique multifactoriel qui est donc retenue (Plumet, 2014). Une théorie récente avance que ce syndrome serait dû à une mutation de l'ADN : des neurones immatures seraient anormalement distribués dans le cerveau et entraîneraient des courants perturbateurs (Ben-Ari, 2016).

Considérer l'autisme comme une pathologie est une question qui fait débat. En effet, le Larousse définit la maladie comme « une altération, une dégradation de la santé » et la santé comme « l'état de bon fonctionnement de l'organisme ». Or, la santé de l'autiste est-elle altérée ? Aujourd'hui, le diagnostic du syndrome d'Asperger est, au même titre que les autres formes d'autismes, assimilé aux TSA. Le diagnostic est posé à partir d'un inventaire de caractéristiques jugées déviantes, par une équipe de praticiens de santé, en regard de la norme et pour lesquelles aucune autre explication ne peut être objectivée. La norme est générée par un certain regard porté sur la personne, c'est une conceptualisation du fonctionnement et du développement jugé « normal » ou « sain ». Diagnostiquer un Trouble du Spectre de l'Autisme repose donc avant tout sur la subjectivité des praticiens (Plumet, 2014). Actuellement, il est donc préférable parler de neuro-atypisme, établi en fonction d'une norme définie socialement et sujette à des évolutions (American Psychiatric Association, 2013; Plumet, 2014). La notion de « style cognitif » différent a également été développée pour faire état des différences qualitatives entre autistes et neurotypiques, sans préjuger de la supériorité d'un style ou d'un autre (Gillet, 2013; Happé, 1999).

1.3. Sémiologie

Le syndrome d'Asperger correspond à un syndrome composite ayant une forte hétérogénéité clinique. Pour le praticien chargé de répondre à la question diagnostique, il est donc important de chercher à expliciter au maximum les critères utilisés, et de ne pas considérer ces critères comme des systèmes clos et définitifs. Ils sont susceptibles d'évoluer progressivement par la confrontation avec les recherches conduites auprès de ces

populations (études cliniques, épidémiologiques) et sous l'angle de l'interprétation des processus sous-jacents (études psychologiques, génétiques, neurobiologiques) (Plumet, 2014).

L'hétérogénéité du syndrome se manifeste sur plusieurs plans :

- Les troubles sont plus ou moins étendus et intenses à l'intérieur des grands domaines comportementaux définissant le diagnostic (contact, langage, stéréotypies, âge d'apparition des manifestations...)
- Les troubles sont associés ou non avec d'autres caractéristiques psychologiques, physiologiques ou comportementales (hypercompétences, troubles praxiques, troubles alimentaires, troubles du sommeil...)
- La configuration des troubles n'est pas statique.

Les critères diagnostiques les plus utilisés actuellement sont ceux de la CIM-10 et du DSM-V. Leurs descriptions du syndrome d'Asperger sont proches. Le DSM-V reprend les critères de sa version précédente en proposant de placer le syndrome d'Asperger comme une forme légère sur le spectre de l'autisme. Les signes sont détaillés dans le DSM-IV et classés dans l'axe I, indiquant que les signes peuvent s'améliorer à la condition d'une intervention précoce (cf. Annexe 2, page 71).

C'est à partir de ces classifications que des outils diagnostiques recommandés par la Haute Autorité de Santé ont été élaborés. D'une part, l'« Autism Diagnostic Interview-Revised » (ADI-R) (Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994) qui est une entrevue semi-structurée, menée par un clinicien avec les parents ou tuteurs de l'enfant. D'autre part, l'« Autism Diagnostic Observation Schedule » (ADOS) qui est un outil de confirmation diagnostique standardisé. Il s'agit d'un entretien semi-structuré qui se base sur l'observation de la communication, des interactions sociales réciproques, du jeu, des comportements stéréotypés et des intérêts restreints (Lord et al., 1989). Le clinicien sélectionne un des quatre modules disponible en fonction de l'âge chronologique et du niveau de langage expressif du patient. C'est le module 4 qui sera retenu dans le cadre de ce mémoire. Il s'applique à des adolescents et adultes dont le langage est le plus élaboré. Il est composé de questions et de séquences de conversation.

Ces deux outils sont à utiliser conjointement.

1.4. Prévalence

La prévalence du diagnostic d'autisme Asperger varie selon les critères choisis, qui sont souvent trop restrictifs au regard de la clinique, d'après Attwood (2010). Elle oscillerait entre des taux de 0.3 pour 10000 et 8.4 pour 10000 donc entre 1 pour 33000 et 1 pour 1200. Avec les critères de Gillberg, environ 36 à 48 enfants pour 10000 sont concernés, soit 1 sur 280 ou 210. Par ailleurs, les chiffres actuels sont de 4 garçons pour 1 fille (Attwood, 2010), mais ceux-ci sont sujet à caution. En effet, la clinique montre que les filles adopteraient plus de comportements de camouflage et d'adaptation (Attwood, 2010), ce qui rendrait leur diagnostic plus délicat à déterminer. Au Palais des Congrès de Perpignan le 14 mai 2014, Attwood déclarait [que] « *Les filles Asperger présentent une forme d'autisme plus discrète car elles apprennent à imiter en observant les autres pour mieux se fondre dans la masse. Ainsi le ratio est aujourd'hui de deux garçons pour une fille.* ».

2. PARCOURS DIAGNOSTIQUE

2.1. Chez l'enfant

Les recommandations du troisième plan autisme de 2013 du ministère des Affaires sociales et de la Santé sont de viser un dépistage, et si possible un diagnostic de TSA, dès 18 mois. En effet, le bénéfice pour l'enfant d'une prise en charge précoce n'est plus à démontrer (Wing, 1981). Pourtant, le diagnostic moyen du syndrome d'Asperger se situe entre 8 et 11 ans (Eischnmajer, 1996) et ne peut être fait avant 3 ans (Howlin & George, 1999; Tonus, 2012). Cela peut s'expliquer par un cheminement diagnostique peu aisé. Le dépistage, concernant les TSA, est de plus en plus précoce grâce à des outils comme le CHAT (Robins, Fein, Barton & Green, 2001). Cependant, cela ne concerne qu'une minorité des situations car l'outil n'est pas très sensible. D'après Attwood, la majorité des diagnostics fiables sont posés après l'entrée à l'école. Effectivement, les particularités de l'enfant vont être plus saillantes dans le groupe et vont pouvoir alerter les enseignants (Attwood, 2010). Dans bon nombre de cas, avant de parvenir au diagnostic d'Asperger, d'autres pistes de diagnostics, dits différentiels, ont pu être mises en avant. Elles peuvent permettre de cheminer progressivement jusqu'au syndrome d'Asperger. Le Trouble Déficit

de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, un trouble du langage oral (comme la dysphasie sémantique pragmatique (Rapin & Allen, 1983)), un trouble moteur, un trouble de l'humeur, un trouble de l'alimentation ou un trouble de l'apprentissage non verbal, peuvent être évoqués. Il est possible que l'enfant réussisse à compenser ou masquer ses difficultés jusqu'à l'adolescence où les exigences scolaires et sociales deviennent plus difficiles à gérer car moins prévisibles (Attwood, 2010). Il s'agit déjà d'une période critique de changement chez les enfants « neurotypiques », qui fragilise d'autant plus les enfants Asperger.

2.2. Chez l'adulte

Chez l'adulte, la question diagnostique peut se poser à la suite d'un diagnostic établi pour un proche, dans lequel la personne se retrouve, mais aussi à la suite de vécus difficiles dans les domaines socioprofessionnels. Aujourd'hui, le syndrome Asperger arrive sur le devant de la scène médiatique au travers de romans, de blogs, de films, de séries, et ces éléments suscitent les recherches personnelles. La « Psychopathologie du syndrome d'Asperger et « aspérisation » de la société contemporaine » écrit en 2011 par Kato, psychiatre japonais professeur à l'Université de Jichi, met en avant que les demandes de diagnostic d'autisme Asperger sont en hausse à cause des représentations qui se multiplient et se voient médiatisées auprès d'un large public (Kato, 2011). Le quatrième et dernier plan autisme de juillet 2017 met d'ailleurs l'accent sur les adultes avec autisme dans « l'inclusion sociale et le plein exercice de la citoyenneté des adultes avec autisme (incluant l'accès à l'emploi et au logement) » (Carlotti, 2013).

2.3. Les Centres Ressources Autisme

Les CRA, ou Centres Ressources Autisme, ont été créés dans ce climat à la suite du premier plan autisme de 2005-2007 et de la circulaire du 8 mars 2005, qui fait de l'autisme une priorité de santé publique comme de l'action médico-sociale, et vise entre autres à « *promouvoir le développement de Centres Ressources Autisme sur l'ensemble du territoire* ». Les missions des CRA sont : l'expertise diagnostique, l'accueil et le conseil aux personnes et à leurs familles, l'information des usagers, la recherche et les études,

l'animation d'un réseau régional et le conseil et l'expertise nationale. Dans le cadre de sa mission diagnostique, le CRA répond à des demandes de diagnostics complexes émanant de particuliers. Ces derniers peuvent contacter le CRA à leur initiative ou être adressés par des professionnels de santé ayant besoin d'une expertise ou d'orientations thérapeutiques. Le CRA est particulièrement sollicité pour des hypothèses diagnostiques de syndrome d'Asperger. En effet, pour toutes les raisons citées précédemment, ce diagnostic est plus complexe à établir que celui d'un autisme typique. Les équipes des CRA se composent de professionnels particulièrement formés et sensibles à l'autisme sous toutes ses formes d'expression, qui agissent donc en tant qu'experts. C'est notamment le cas de l'orthophoniste qui s'intéresse plus particulièrement au développement et à l'usage du langage du patient dans le cadre de la suspicion d'un autisme.

3. DEVELOPPEMENT DU LANGAGE CHEZ LES PERSONNES ASPERGER

3.1. Aspects formels

Les singularités de langage sont centrales dans le syndrome d'Asperger (Attwood, 2010). Les aptitudes langagières formelles telles que la grammaire, la syntaxe, le vocabulaire n'apparaissent généralement pas entravées (Beaud & De Guibert, 2011). Dès 1944, Asperger met l'accent sur le caractère atypique du langage des adolescents qu'il étudie. Il décrit un flux de paroles, un développement inhabituel du langage qui est soit précoce, soit tardif (Asperger, 1944; Attwood, 2010). Il s'agit donc de différences qualitatives plus que quantitatives. Longtemps, le retard de langage a été considéré comme le critère d'exclusion du syndrome d'Asperger par rapport à l'autisme de haut niveau mais cela ne fait plus consensus aujourd'hui (Bibeau, 2010; Tonus, 2012). En revanche, les auteurs sont d'accord pour pointer, chez les autistes Asperger, des spécificités dans la communication verbale et non verbale (Beaud & De Guibert, 2011). Les critères diagnostiques établis par Gillberg vont dans ce sens et décrivent une « gamme inhabituelle d'aptitudes langagières » (C. Gillberg, 1991; I. C. Gillberg & Gillberg, 1989). Ce n'est pas la structure qui est à proprement parler inadéquate : la syntaxe et la grammaire sont souvent complexes, et le vocabulaire en phase avec ce qui est attendu à l'âge de la personne voire même « adultomorphe » (Beaud & De Guibert, 2011).

3.2. Aspects pragmatiques

L'équipe de Szatmari parle de « bizarreries dans la voix », d'un discours à tendance logorrhéique ou au contraire réduit, d'un manque de cohésion dans le discours ainsi que d'un usage particulier des mots (Attwood, 2010; Szatmari, Bremner, & Nagy, 1989). De plus, les aspects prosodiques utilisés pour faire passer des informations sociales par le langage peuvent être perturbés : le timbre est monotone (Shriberg et al., 2001), le débit trop lent et des dysfluidités apparaissent (interjections, mots répétés, syntagmes répétés et faux départs) (Ghaziuddin et al., 2000). La hauteur de leur voix est atypique et souvent supérieure à la moyenne, l'intensité est souvent trop forte ou trop faible (Beaud & De Guibert, 2011). En somme, tous les paramètres vocaux peuvent être atteints. Ces difficultés dans la transmission du message peuvent aller jusqu'à l'inintelligibilité de certains segments.

Au niveau de la compréhension, Prior et Hall ont montré que la difficulté des autistes Asperger se situait dans la compréhension des phrases et non des mots isolés (Prior & Hall, 1979). Ce sont tous les éléments linguistiques permettant d'inférer sur le contexte que les Asperger sont en peine de déchiffrer. Par ailleurs, la rigidité lexicale retrouvée chez les personnes avec le syndrome d'Asperger peut aussi expliquer certaines de leurs difficultés communicationnelles : il leur est difficile de s'adapter, notamment à la variété lexicale nécessaire selon les spécificités de la personne à qui ils s'adressent (Duvignau, Elie-Deschamps, & Wawrzyniak, 2008).

3.3. Aspects sociaux

Finalement, ce sont les aptitudes conversationnelles qui sont les plus perturbées dans le syndrome d'Asperger. Cela est notamment dû à une mauvaise compréhension de la rhétorique. En effet, le fait de pouvoir utiliser des phrases à la structure complexe n'implique pas que la personne avec un syndrome d'Asperger comprenne des instructions complexes (Attwood, 2010). Cette dichotomie provoque des incompréhensions des deux côtés : d'une part la personne avec le syndrome d'Asperger ne comprend pas ce qui est attendu d'elle, et d'autre part son interlocuteur ne comprend pas comment il est possible de s'exprimer aisément et de ne pas pouvoir suivre certaines consignes. De ce fait, la

conversation peine à s'inscrire dans une réciprocité. Ce sont ces incompréhensions qui provoquent des difficultés communicationnelles et donc sociales. En outre, les difficultés à respecter les tours de parole provoquent des pauses, des interruptions ou des chevauchements dans les échanges (Beaud & De Guibert, 2011) et ainsi une interaction de moindre qualité.

De nombreux aspects de rigidités verbales peuvent exister tels que la sur-articulation, une intonation formelle, une tendance à donner plus d'informations que la conversation ne le requiert, un vocabulaire et des formulations davantage attendus à l'écrit qu'à l'oral, ainsi qu'un manque de contribution mutuelle dans l'échange pour une influence réciproque. Ces derniers s'associent à des aspects de rigidité non verbale dans la communication. Toutes ces caractéristiques peuvent donner une allure pédante à la personne qui peut tout à fait parler longuement sans qu'elle soit sollicitée (Beaud & De Guibert, 2011; Tager-Flusberg & Caronna, 2007). En effet, ce sont les aspects conversationnels, au travers des principes de coopérations, qui permettent l'ajustement dans l'interaction, qui leur font défaut (Bibeau, 2010).

La dysharmonie qui existe, entre une maîtrise du langage formel d'une part et des aspects pragmatiques et non verbaux perturbés par ailleurs, a des répercussions sur les aptitudes socio-communicationnelles des Asperger.

3.4. Récits personnels, conduites narratives et discursives

Tous les aspects décrits précédemment occasionnent chez les Asperger des difficultés à parler d'eux-mêmes. Ces fragilités apparaissent notamment pour aborder des thèmes qui ont trait à des événements personnels et qui sont empreints d'émotions dans le cadre d'une situation de communication avec l'autre (Attwood, 2010). Ces difficultés concernent également la faculté de s'inscrire dans une narration impliquant des aspects évaluatifs (Caldani, Normand, Blanc, & Adrien, 2016). En effet, leurs discours et récits sont généralement courts (Rumpf, Kamp-Becker, Becker, & Kauschke, 2012). De nombreuses informations manquent d'adéquation avec le contexte, ce qui affecte la cohérence des productions (Rumpf et al., 2012). Par ailleurs, les personnes avec un autisme Asperger se réfèrent moins aux états émotionnels internes des personnes dont ils parlent (Rumpf et al., 2012). Les autistes Asperger font d'ailleurs moins souvent référence aux

personnes par le biais de pronoms anaphoriques sujets et objets. Il est également question d'une moindre proportion d'expressions causales complexes dans les récits des personnes Asperger (Baixauli et al., 2016; Caldani et al., 2016). Finalement, c'est la capacité de la personne Asperger à se représenter les connaissances de son interlocuteur et à adapter son récit et le choix de ses mots en fonction de celles-ci qui semble ici perturbée (Baixauli et al., 2016; Caldani et al., 2016). Ce constat peut être mis en lien avec un déficit de la théorie de l'esprit (Plumet, 2014) souvent pointé chez les personnes avec le syndrome d'Asperger.

En outre, certains morphèmes et articles peuvent être omis, et l'utilisation des auxiliaires et du passé est difficile. Construire un récit cohérent en respectant le schéma narratif peut poser des difficultés aux personnes avec un syndrome d'Asperger, surtout lorsqu'il s'agit des aspects spatio-temporels. Certains auteurs mettent en avant la théorie du déficit de cohérence centrale et de régulation cognitive pour interpréter ces difficultés. En effet, les fonctions exécutives sont pleinement mobilisées dans ces aspects du discours : planification, mémoire de travail mais aussi théorie de l'esprit. Paradoxalement, ce sont les détails qui sont les mieux rappelés puisque les Asperger y sont particulièrement attentifs. Les difficultés dans la segmentation de mots vont de pair avec d'autres touchant à la maîtrise de la conjonction verbale, et à l'utilisation de davantage de marqueurs discursifs (conjonction « et », « ensuite » et « après »). La construction syntaxique des propositions est souvent incomplète ou comporte des erreurs (Caldani et al., 2016).

Enfin, pour référer à soi, en français, il faut utiliser le pronom personnel « je » qui correspond à une expression déictique utilisée pour désigner le locuteur. Parler de soi et s'inscrire comme sujet de l'énonciation nécessite de pouvoir s'attribuer des états mais avant tout de savoir parler de soi. Or, beaucoup de personnes autistes ont des difficultés à manier ce déictique car il n'a pas de référent stable et dépend du contexte de l'énonciation. Il sous-tend une communication entre les différents interlocuteurs (Dascalu, 2017).

3.5. Rapport à l'Autre et engagement dans la parole

Dans le domaine de la psychanalyse, la question des échanges langagiers et des conversations peut être traitée à partir de théorisations visant le statut de l'«Autre du sujet». Autrement dit, à quelles conditions la personne autiste va-t-elle accéder ou non à ce qui va lui être proposé par l'autre. Benoist (2011) rappelle que dans l'autisme, l'Autre est souvent

ignoré, ou du moins peu intéressant aux yeux du sujet. De plus, associé au rapport particulier qu'entretient l'autiste avec l'objet voix, cela provoque des positions atypiques quant aux situations d'énonciation que ce soit la sienne ou celle de l'Autre. Dans la mesure où l'Autre n'existe pas pour l'autiste, sans « déclenchement », les autistes ne formulent pas de demandes à l'Autre. Lorsqu'il est perçu, l'Autre est souvent menaçant, et sa présence, son intervention sont vécues comme une intrusion difficilement supportable. La solitude décrite, ainsi que la fuite active de l'Autre montrent que l'autiste est sensible à tout ce qui traduit la présence de cet Autre et provoquent de nombreuses hypersensibilités sensorielles, ainsi que l'évitement du regard par exemple (Benoist, 2011).

S'exprimer par le langage oral, c'est accepter de perdre le contrôle sur ses émotions. Effectivement, associer parole, affects et intellect c'est aussi accepter de perdre l'objet voix, pour le psychanalyste. C'est ce qui explique que souvent la langue orale telle qu'elle est utilisée par les autistes fait plus facilement état de leurs grandes connaissances formelles de la « mécanique » de la langue et écarte les aspects affectifs. L'autiste n'est pas décrit comme étranger à sa voix, au contraire, il refuse de céder à la jouissance de cet organe et dans cette mesure laisse peu de place à l'Autre dans l'énonciation (Benoist, 2011).

Pour Mille (2015), là où le neurotypique sera dans le « *mimesis* » de l'Autre puisqu'il désire intérieurement être cet Autre qui est son modèle - c'est la base de la construction de soi - l'Asperger ignore cet autre et ne se fie qu'à son propre jugement. Cette imitation, essentielle chez les enfants neurotypiques pour se développer, tend à s'estomper avec l'âge car elle n'est plus nécessaire. Chez la personne Asperger, cette imitation développementale fait défaut et cette absence de prise en compte de l'Autre se traduit ensuite par le manque de réciprocité de leurs échanges. Cela engendre des prises de paroles inopinées, une incompréhension des tours de parole, la difficulté à mener une discussion informelle etc. Pourtant, pour se conformer à ce que la société attend de lui, l'Asperger peut tenter d'apprendre à copier cet Autre qui semble posséder naturellement ce dont on lui reproche de manquer. Alors, son imitation sera trop plaquée, peu naturelle provoquant un contact particulier et surtout extrêmement coûteuse psychiquement (Mille, 2015).

Toutes ces fragilités ont été identifiées dans la littérature par l'analyse de corpus oraux. En effet, peu se sont intéressés à des échantillons d'écrits chez les personnes avec un syndrome d'Asperger. Or, plusieurs adultes viennent publiquement témoigner des possibilités que leur offre l'écriture pour parler d'eux-mêmes. Avant de nous pencher sur les cas des patients concernés par cette étude, il est nécessaire d'investiguer le champ de la linguistique pour s'intéresser à ce qui distingue l'oral de l'écrit.

4. ORALE ET ECRITE : DEUX LANGUES DIFFERENTES ?

4.1. Témoignages du rapport à l'écrit et à l'oral chez les personnes avec le syndrome d'Asperger

Les autistes Asperger n'ont pas de difficultés avec les aspects formels du langage mais ce sont les éléments socio-communicationnels qui sont fragilisés (Benford & Standen, 2009). L'étude de Benford montre que l'utilisation de l'écrit, par le biais d'internet, permet de diminuer les enjeux sociaux et émotionnels liés à l'oral. Cela permet un moindre coût cognitif pour la personne avec Asperger, sans pour autant affecter la spontanéité des échanges, grâce aux chats¹ en ligne qui existent dorénavant. Ce sont des médias qui permettent notamment un meilleur accès à l'emploi.

L'étude de Gillespie-Lynch expose que les personnes avec un syndrome d'Asperger ou un autisme de haut niveau trouvent plus de bénéfices dans la communication écrite par le média de l'internet que la population contrôle. Par ailleurs, l'utilisation qu'ils en font est qualitativement différente. Le fait que ce soit un mode de communication non synchrone, mais permettant toutefois l'interaction, par l'écrit, constitue un argument en faveur de l'internet pour la population avec Asperger (Gillespie-Lynch, Kapp, Shane-Simpson, Smith, & Hutman, 2014).

Les blogs sont particulièrement attirants pour les personnes avec le syndrome d'Asperger, ainsi que les plateformes de type forums et les réseaux sociaux. A ce sujet, et

¹Plusieurs types de « chat » existent, Messenger, le service de messagerie instantané de Facebook®, Skype® d'autres sont professionnels et utilisés en entreprises comme Joincube®.

pour illustrer les études précédentes, Julie Dachez, docteure en psychologie sociale², auteure d'un blog³ et autiste Asperger elle-même, peut dire « *Les joutes verbales ne sont vraiment pas mon fort, j'ai du mal à formuler mes idées à brûle-pourpoint, qui plus est à l'oral. J'ai besoin de temps pour poser et verbaliser mes pensées, et ce qui suppose souvent de passer par l'écrit.* » (Dachez, 2016).

4.2. Caractéristiques théoriques de l'oral et l'écrit

« *On ne parle pas tout à fait comme on écrit, pas plus qu'on ne peut écrire tout à fait comme on parle* » (Martinon, cité par Gadet, 1996).

Il est nécessaire de se poser la question de l'existence d'une langue orale et d'une langue écrite, ou seulement de deux modes de manifestations par le biais de différents canaux (Beguelin, 1998). Ce sont leurs différences qui pourraient expliquer pourquoi la maîtrise de l'une ou de l'autre peut être plus facile. Pour autant, il n'existe pas de réponse claire à ce qui les différencie. Deux tendances existent : l'une *dissimilatrice*, l'autre *assimilatrice*. L'oral et l'écrit sont deux médias distincts qui s'articulent différemment au travers de processus cognitifs et de formes linguistiques qui leur sont spécifiques. Toutefois, on ne peut pas parler de deux grammaires distinctes, ce sont deux activités langagières possédant des contraintes mais « *cela n'implique pas que les "produits finis" des deux activités puissent être caractérisés par des traits de surface qui seraient exclusifs à l'un ou à l'autre mode de production.* » (Beguelin, 1998). Elles doivent être analysées par le même système tout en ne gommant pas leurs spécificités propres. Il s'agit davantage d'un continuum où l'écrit peut emprunter des caractéristiques à l'oral et vice versa. En outre, l'écrit est un « produit fini », alors que l'oral est élaboré et reçu de façon synchrone (Gadet, 1996). Cette différence dans la temporalité peut expliquer les difficultés engendrées chez les autistes avec un syndrome d'Asperger qui peinent à gérer les aspects non verbaux du langage en sus de l'élaboration de leur message.

² Dachez, J. (2016). Envisager l'autisme autrement: une approche psychosociale.

³ <http://emoiemoietmoi.over-blog.com/>

4.3. Réflexion sur les enjeux d'une étude comparative oral/écrit

Dans la réflexion sur l'analyse oral/écrit, certaines données sont à prendre en compte, pour que la comparaison ne s'attarde pas sur des aspects qui tiennent à la différence intrinsèque entre les deux médias de communication. En effet, il est impossible de faire strictement coïncider l'écrit et l'oral. Certains éléments non-verbaux porteurs de sens (prosodie, gestes etc), ne peuvent pas être transcrits et analysés autrement que qualitativement (Blanche-Benveniste, 2008).

Aussi, l'oral dépend étroitement du contexte et cela a des conséquences sur les anaphores, l'utilisation des pronoms, et la grammaire dont les besoins ne sont pas les mêmes puisque l'oral s'appuie sur le rythme (Blanche-Benveniste & Bilger, 1999). Par ailleurs, l'oral suppose une multiplicité et une complexité des propositions subordonnées, qui peut brouiller la syntaxe habituelle. Les énoncés en « bribes » sont fréquemment interrompus par des éléments à fonction phatique et donnent l'impression d'être inachevés. Les phénomènes de « dysfluencies » (hésitations, reprises, tâtonnements) sont inévitables dans bon nombre de contextes de la langue parlée (Blanche-Benveniste, 2008). La littérature oppose généralement « la concision de l'écrit » avec « la redondance de l'oral », où l'on retrouve davantage de répétitions (Blanche-Benveniste & Bilger, 1999). L'oral est le lieu typique de phénomènes de dislocations de type « moi je », caractérisés notamment par la redondance des pronoms pour introduire un sujet (Blanche-Benveniste, 2008; Blanche-Benveniste & Bilger, 1999). Certains phénomènes grammaticaux sont sensibles au registre écrit/oral. Le niveau de langue n'est pas seulement choisi en fonction de la situation d'énonciation. Le registre de langue familier ou courant est plus facilement employé à l'oral par opposition au registre plus soutenu de l'écrit. Cela se retrouve à travers l'emploi de « on », qui se transforme volontiers en « nous » à l'écrit ; de même avec « parce que » et « en raison de », ainsi que l'apparition du « ne » à l'écrit, souvent absent à l'oral (Blanche-Benveniste & Bilger, 1999).

Dans le cadre d'une analyse comparative oral/écrit, il est donc important de se restreindre aux éléments porteurs de sens et de contourner les éléments de redondance propre à l'oral (Jakobson, 1963) qui engendre ce rythme spécifique basé sur une certaine symétrie/rupture. Enfin, la transcription peut se heurter à la compréhension de ce que le transcripteur perçoit de l'échantillon parlé : il est évident qu'un décalage existe. On ne peut

exclure que certains passages soient inintelligibles (Blanche-Benveniste, 2008) et qu'une part de subjectivité persiste (Gadet, 2017).

4.4. Intérêt d'une étude portant sur des données naturelles

Le développement des connaissances au sujet de l'autisme, est l'un des objectifs exprimés par les différents « plan autisme » (Carlotti, 2013) pour améliorer leur prise en charge, orthophonique notamment (Da Silva & Masson, 2017). Pour ce faire, les professionnels peuvent avoir recours à l'analyse langagière des patients. Or, la plupart des études concernant des données langagières préfèrent l'utilisation de batteries de tests de langage, normatives. La littérature soulève pourtant que les atypicités langagières des personnes avec un syndrome d'Asperger touchent davantage à l'usage du langage plus qu'à sa maîtrise formelle. De plus, les tests sont normés avec des populations neurotypiques et ne sont donc pas pensés au regard des particularités de la population choisie.

L'analyse de données naturelles constitue une originalité dans le domaine de la recherche. Par l'expression « naturelle », il faut comprendre des situations informelles et des productions spontanées de locuteurs, mais aussi certaines situations cliniques d'entretiens semi-dirigés par un thérapeute qui laissent une forme de liberté au sujet. En effet, les compétences et habiletés langagières d'une personne ne peuvent être réduites aux données récoltées en situation de testing, et encore davantage lorsque la population étudiée a le syndrome d'Asperger. Pour ces personnes en difficultés avec les situations de langage informelles (Mille, 2015), il peut leur être assez confortable de s'inscrire dans une activité de testing. Il s'agit alors davantage d'une évaluation des connaissances langagières que de l'usage que le sujet peut en faire (Da Silva & Masson, 2017). Certains éléments tels que les variantes langagières d'un sujet, les différences socioculturelles et la pragmatique par exemple ne peuvent pas être mis en exergue par ce type d'évaluation. Pourtant, ce sont des composantes essentielles à étudier chez les personnes Asperger, puisque ce sont dans ces domaines que se situent leurs fragilités. En outre, travailler à partir de données naturelles contourne le biais qui peut exister lorsqu'elles sont recueillies pour répondre à un objectif pensé au préalable (Da Silva & Masson, 2017; Grégoire, 2006; Rondal, 1997).

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Problématique

Les personnes autistes Asperger sont décrites comme ayant des difficultés à utiliser le langage de façon décontextualisée dans des situations de narration (Baixauli et al., 2016; Plumet, 2014) et plus particulièrement à communiquer des éléments à propos de leur passé ou des éléments de leur monde interne et subjectif (Plumet, 2014). Il existe pourtant une littérature abondante de témoignages d'adultes ayant ce profil, sous différentes formes écrites. Temple Grandin et son livre *Ma vie d'autiste* (Grandin, 1994), Joseph Shovanec et *Je suis à l'Est* (Schovanec, 2012) n'en sont que quelques exemples. Il existe aussi des blogs⁴ tenus par des autistes Asperger qui se racontent comme celui de Julie Dachez, docteure en psychologie sociale. Il a d'ailleurs été montré qu'Internet offre un média de communication intéressant pour les personnes Asperger (Benford & Standen, 2009; Gillespie-Lynch et al., 2014). Ce sont autant de témoignages qui viennent questionner cette « incapacité » à s'inscrire dans un récit personnel.

Sur le terrain, nous remarquons que pour prendre contact avec une structure comme le Centre Ressources Autisme, ces personnes optent souvent pour l'envoi d'un courrier manuscrit ou d'un email. Celui-ci est rédigé dans le but d'exposer les raisons qui les poussent à demander une consultation au CRA ; il est souvent long, riche en éléments personnels et en événements de vie alors que ce même récit, en situation d'entretien, est parfois impossible. Nous nous demandons alors si cette situation de langage ne serait pas plus problématique à l'oral qu'elle ne l'est à l'écrit pour ces personnes. Nous nous intéresserons aux patients Asperger venus consulter au CRA de Picardie depuis 2008, et aux courriers qu'ils ont adressés à l'équipe, en les comparant à leur façon de « se raconter » dans le cadre d'un entretien structuré.

Nous chercherons à montrer que les adultes Asperger venus consulter au CRA de Picardie depuis 2008, ont plus de facilités à communiquer des éléments autobiographiques et des ressentis dans la modalité écrite. Pour ce faire, une recherche est effectuée dans les archives afin de retrouver les courriers rédigés par des personnes ultérieurement diagnostiquées Asperger. Il s'agira de quantifier le nombre (ou pourcentage) de courriers envoyés par les personnes Asperger. Une étude de corpus sera menée ensuite, afin de comparer le matériel linguistique de ces courriers à celui fourni dans le cadre d'un

⁴<http://emoiemoietmoi.over-blog.com/>

entretien structuré en réponse à une question ouverte portant sur le motif de leur venue au CRA (enregistrement vidéo de la question N° 6 de l'ADOS).

Objectifs de travail et hypothèses

Hypothèse générale 1 : Les patients adultes avec un diagnostic d'autisme Asperger envoient systématiquement une lettre pour expliquer les raisons de leur demande de consultation au CRA.

Hypothèse générale 2 : Les patients adultes avec un diagnostic d'autisme Asperger sont plus prolixes à l'écrit qu'à l'oral.

Hypothèse générale 3 : Les patients adultes avec un diagnostic d'autisme Asperger fournissent davantage d'éléments de leur monde interne et subjectif dans leur courrier que lors de l'entretien oral.

- *Hypothèse opérationnelle 3.1* : ils abordent davantage de thèmes à l'écrit
- *Hypothèse opérationnelle 3.2* : ils mobilisent plus de termes faisant référence à soi à l'écrit
- *Hypothèse opérationnelle 3.3* : ils utilisent plus de termes renvoyant à un champ lexical lié à la subjectivité, aux ressentis et aux émotions à l'écrit

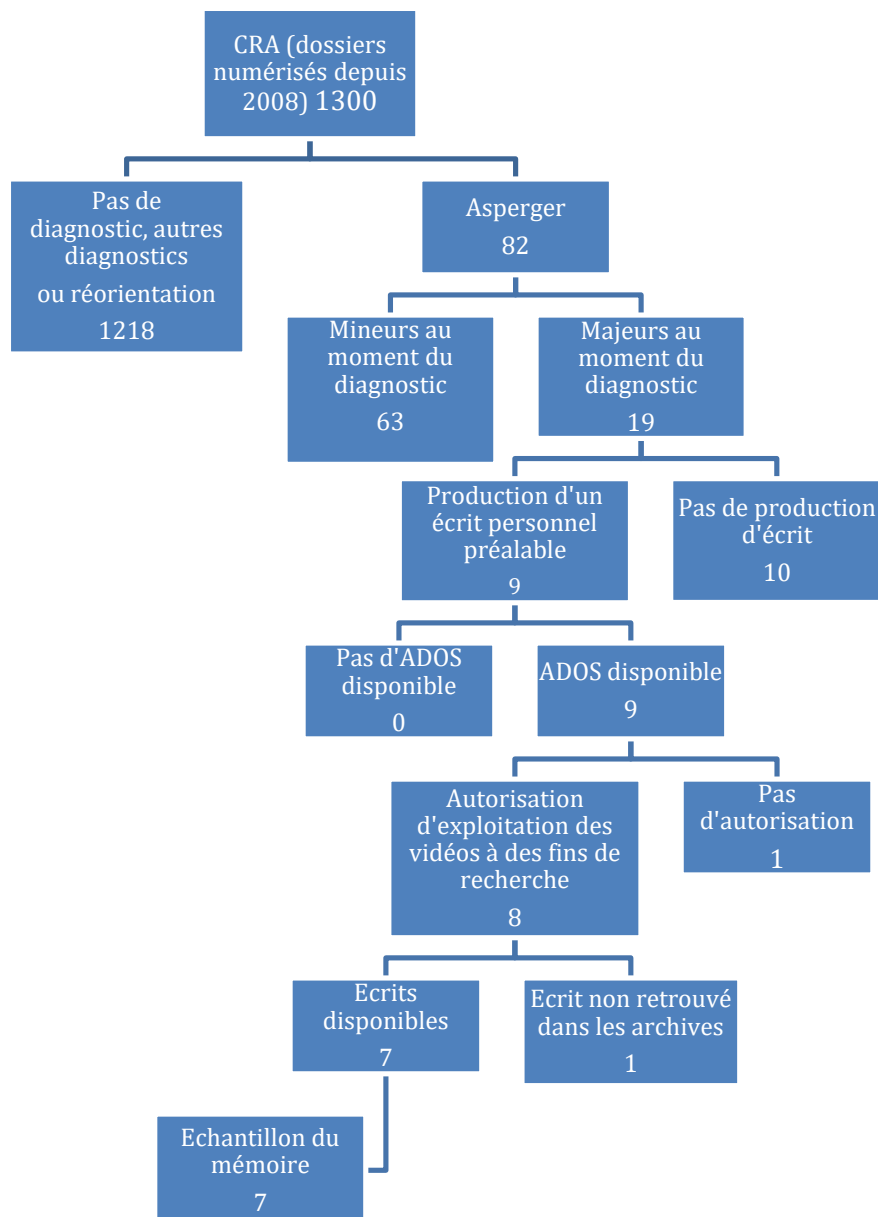
METHODOLOGIE

1. POPULATION

1.1. Méthodologie de recrutement

L'étude présente concerne les sujets en demande de diagnostic auprès du Centre Ressources Autisme d'Amiens ayant reçu par ce dernier un avis confirmant un autisme de type Asperger. A partir de la globalité des dossiers numérisés par le CRA depuis 2008 il a été choisi de procéder comme suit dans la *Figure 1* pour recruter l'échantillon nécessaire au mémoire.

Figure 1 : Diagramme des flux du recrutement de la population



A partir des 1300 dossiers du CRA numérisés depuis 2008, dont l'objet était une question diagnostique, 82 ont reçu comme réponse un diagnostic d'autisme Asperger. Parmi ces derniers, 19 personnes concernées étaient majeures au moment de l'annonce diagnostique ; 9 d'entre eux avaient produit un écrit spontané et personnel avant que ne soient programmés les rendez-vous proposés par le CRA. Pour ces 9 patients, une ADOS avait été réalisée, filmée et conservée au format vidéo. Dans ce groupe de sujets, seule une personne n'a pas donné l'autorisation d'exploitation des vidéos à des fins de recherche⁵. Au sein des 8 dossiers restant, un des écrits n'a pas été retrouvé dans les archives. A la fin de ce processus, 7 patients ont donc été retenus pour constituer la cohorte nécessaire au mémoire.

1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients choisis pour constituer la cohorte du mémoire devaient répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le *Tableau 1*.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

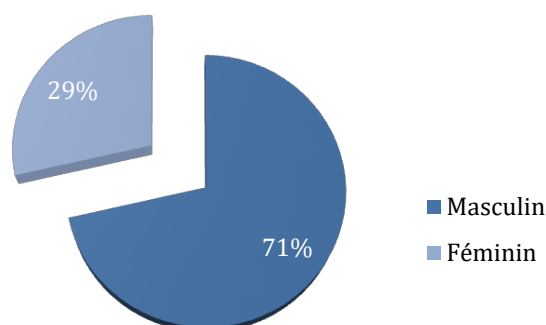
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Patients majeurs au moment du diagnostic - Diagnostic d'autisme Asperger retenu au terme des investigations réalisées par le CRA - Présence d'un écrit spontané adressé au CRA pour expliquer sa démarche et ses difficultés - ADOS filmée et exploitable 	<ul style="list-style-type: none"> - Question n°6 non exploitable - Pas d'autorisation écrite d'utilisation ou d'exploitation de la vidéo à des fins de recherche. - Langue maternelle n'étant pas le français

⁵ Il est systématiquement demandé aux personnes qui viennent consulter au CRA si leurs vidéos peuvent être exploitées à des fins de recherche (cf Annexe 3, page 74).

1.3. Présentation de la population étudiée

La répartition par genre a été calculée pour être traduite dans la *Figure 2*.

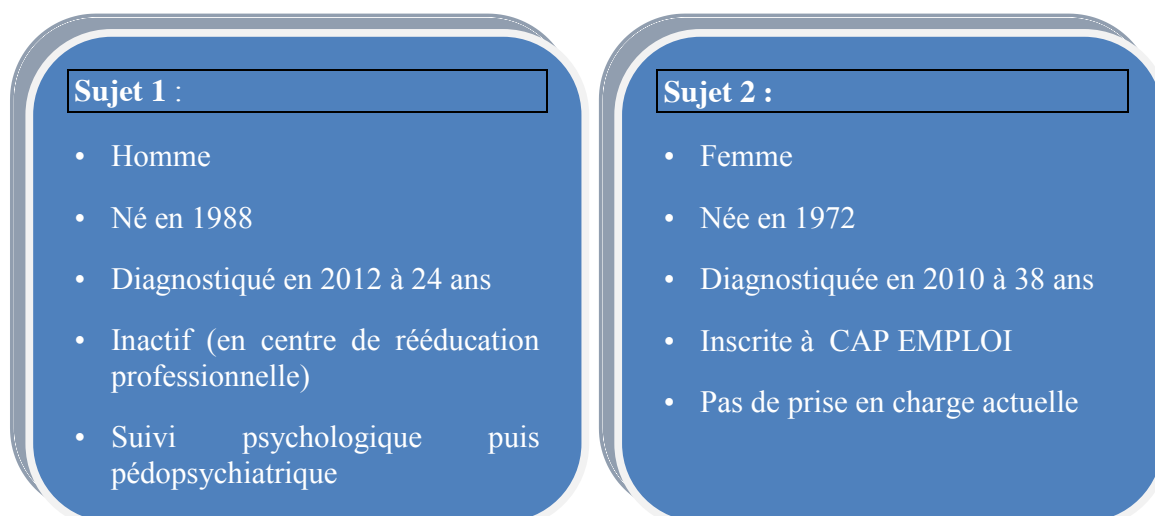
Figure 2 : Répartition de la population par genre



L'échantillon est constitué de 5 hommes pour 2 femmes, ce qui représente moins d'1/4 de population féminine, répartition qui est cohérente avec les données de la littérature (Attwood, 2010).

Pour présenter brièvement les patients de la cohorte il a été choisi de faire apparaître quelques données les concernant dans des vignettes *Figure 3*. Un résumé des informations administratives de la cohorte est présenté dans le *Tableau 2*.

Figure 3 : Vignettes concernant les différents sujets



Sujet 3 :

- Homme
- Né en 1997
- Diagnostiqué en 2016 à 19 ans
- Etudiant en terminale
- Prise en charge psychothérapeutique

Sujet 4 :

- Homme
- Né en 1989
- Diagnostiqué en 2015 à 26 ans
- Etudiant en L1 de psycho
- Suivi préalable par psychologue

Sujet 5 :

- Homme
- Né en 1989
- Diagnostiqué en 2015 à 26 ans
- Informaticien, inscrit à Pôle Emploi
- Pas de prise en charge actuelle

Sujet 6 :

- Femme
- Née en 1982
- Diagnostiquée en 2014 à 32 ans
- Webdéveloppeur en contrat de professionnalisation

Sujet 7 :

- Homme
- Né en 1977
- Diagnostiqué en 2017 à 40 ans
- Enseignant en arrêt maladie
- Pas de suivi

Tableau 2 : Récapitulatif des sujets de la cohorte

SUJET N°	Année de naissance	Date de diagnostic	Âge	Sexe
1	1988	2012	24	m
2	1972	2010	38	f
3	1997	2016	19	m
4	1989	2015	26	m
5	1989	2015	26	m
6	1982	2014	32	f
7	1977	2017	40	m

L'étude concerne donc une cohorte de 7 patients, 5 hommes et 2 femmes dont l'âge moyen de diagnostic est donc de 29,3 ans, et âgés de 19 à 40 ans.

2. MATERIEL

2.1. Deux corpus linguistiques naturels

2.1.1. Corpus écrit

Chaque sujet de la cohorte de patients a produit un écrit spontané dont certains extraits sont disponibles en annexes (cf. Annexe 7, page 84) sur support papier ou par email au moment de la demande de consultation auprès du Centre Ressources Autisme.

2.1.2. Corpus oral

Les patients de l'échantillon ont tous passé l'Austism Diagnostic Observation Schedule avec un psychologue ou un éducateur spécialisé formés à cet outil. Les passations ont été filmées et conservées au format vidéo dans les dossiers informatisés du Centre Ressources Autisme.

L'ADOS consiste en une observation semi-structurée qui se base sur l'observation de la communication, des interactions sociales réciproques, du jeu, des comportements

stéréotypés et des intérêts restreints. Une fiche descriptive de cette évaluation est disponible en annexe (cf. Annexe 4, page 75). Ici, le module 4 sera utilisé pour nos patients puisqu'il s'adresse aux adolescents et adultes avec le langage le plus élaboré. Ce module repose sur des questions qui amènent à des séquences de conversations lesquelles sont analysées (Lord et al., 1989).

Le corpus oral retenu est issu des réponses du patients à la partie 6 « Difficultés et Problèmes sociaux » choisie parmi les 15 grandes parties (Lord et al., 1989). Elle s'intéresse aux expériences et difficultés sociales du sujet et l'invite à aborder ses ressentis et sa personnalité. Cette question rejoint donc le contenu du courrier préalablement envoyé par la personne qui justifie sa démarche envers le CRA.

2.2. Elaboration des critères d'analyse

2.2.1. Analyse quantitative

Des critères d'analyse des corpus ont été choisis pour répondre aux hypothèses présentées précédemment. Cette analyse est proposée sous deux formes. La première est de nature quantitative et vise à amener un regard plus objectif sur des éléments à comparer entre corpus écrits et corpus oraux. Les critères d'analyse retenus sont les suivants :

- Nombre de mots : il est choisi d'explorer si l'habileté à l'écrit se traduit par l'utilisation d'un plus grand nombre de mots qu'à l'oral, puisque la littérature a montré que les Asperger sont connus pour faire des récits quantitativement plus courts à l'oral (Rumpf et al., 2012).
- Nombre de thèmes : il n'existe pas de différence mise en évidence par la littérature entre l'oral et l'écrit concernant les thèmes. Le nombre de thèmes abordés peut donc traduire une plus grande facilité à utiliser une modalité ou l'autre (Marandin, 1998).
- Fréquence d'occurrences de termes référant à soi : l'utilisation de pronoms personnels renvoie à l'expérience du sujet et donc à sa subjectivité (Dascalu, 2017). Théoriquement, chez le sujet tout venant, davantage de termes faisant référence à soi sont retrouvés à l'oral et ce notamment à cause des phénomènes de

dislocation (Blanche-Benveniste, 2008; Blanche-Benveniste & Bilger, 1999). Une moindre utilisation à l'oral s'avèrerait significative.

- Fréquence d'occurrences de termes appartenant à un champ lexical renvoyant au monde subjectif et circonscrit au domaine des émotions et des ressentis : ces personnes sont décrites comme ayant davantage de difficultés à mobiliser ce registre à l'oral (Plumet, 2014). Aucune différence entre l'écrit et l'oral n'a été soulevée dans la littérature concernant ce répertoire lexical (Blanche-Benveniste, 2008; Gadet, 2017).

2.2.2. Analyse qualitative

La deuxième partie est une analyse qualitative qui permet d'élargir les observations pour repérer chez les patients leurs difficultés à l'oral dans :

- La régie de l'échange : au travers des pauses, d'interruptions ou de chevauchements (Beaud & De Guibert, 2011)
- La transmission du message : segments inintelligibles (Beaud & De Guibert, 2011; Ghaziuddin et al., 2000).
- Les aspects conversationnels : principes de coopération qui permettent l'ajustement (Bibeau, 2010; Grice & Kant, 1979)
- Les paramètres vocaux (Beaud & De Guibert, 2011; Shriberg et al., 2001; Szatmari et al., 1989).

En outre, des remarques liées aux contenus pourront également être formulées dans la perspective de ne pas se restreindre aux seuls critères de comparaison objectivables. Le *Tableau 3* ci-dessous résume les différentes références dans la littérature pour les axes d'analyse quantitative et qualitative.

Une réflexion est menée afin de dégager, qualitativement pour chaque patient, ce que facilite l'écrit et ce qui fragilise l'oral. Les contenus de discours occupent ici plus de place que dans l'analyse quantitative qui ne peut s'intéresser qu'aux aspects de forme.

Tableau 3 : Critères d'analyse quantitative et références dans la littérature

	<u>Niveaux d'analyse</u>	<u>Références dans la littérature</u>
ANALYSE QUANTITATIVE	Nombre de mots	(Jakobson, 1963; Rumpf et al., 2012)
	Nombre de thèmes	(Marandin, 1998)
	Fréquence d'occurrences de termes renvoyant à soi	(Dascalu, 2017; Rumpf et al., 2012)
	Fréquence d'occurrences de termes renvoyant au lexique subjectif, interne et émotionnel	(Plumet, 2014)
ANALYSE QUALITATIVE	Régie de l'échange	(Beaud & De Guibert, 2011)
	Transmission du message	(Beaud & De Guibert, 2011; Ghaziuddin et al., 2000)
	Aspects conversationnels	(Bibeau, 2010; Grice, 1979)
	Paramètres vocaux	(Beaud & De Guibert, 2011; Shriberg et al., 2001; Szatmari et al., 1989)

3. METHODE

3.1. Recueil des corpus

Pour recueillir les corpus écrits des patients, il a fallu parcourir tous les dossiers informatisés et papiers dans les archives du Centre Ressources Autisme des patients ayant reçu un diagnostic d'autisme Asperger. Après avoir numérisé les courriers personnels de chacun, qu'ils soient sous forme de mail ou de lettre manuscrite, il a été possible de les analyser.

Les passations d'Autism Diagnostic Observation Schedule de chaque patient de la cohorte ont été filmées et conservées au format vidéo dans les dossiers informatisés. Les corpus écrits ont été analysés sous leur forme originale transmise par le patient, tandis que les vidéos ont dans premier temps été coupées pour ne s'intéresser qu'à la question 6 de l'ADOS, puis retranscrites à partir des conventions du « Corpus de référence du français parlé » de l'équipe DELIC (Teston-Bonnard & Véronis, 2004). Un exemple est disponible en annexe (cf. Annexe 5, page 78).

3.2. Protocole pour l'étude comparative

3.2.1. Comparaison quantitative

Les différents corpus sont analysés de façon individualisée pour quantifier et qualifier ce qui fragilise l'oral et ce que facilite l'écrit.

Les transcriptions des corpus oraux et écrits sont analysées en fonction du nombre de mots. Certains mots ou segments de phrases à fonction phatique (Jakobson, 1963), ainsi que les phénomènes de « dysfluencies » (Blanche-Benveniste, 2008) présents dans les corpus oraux, ont été supprimés pour ne garder que les unités porteuses de sens. Un exemple de cette sélection est présenté en annexe (cf. Annexe 6, page 80).

Les différents thèmes ont été identifiés et comptés par trois examinateurs distincts, pour chacun des corpus des patients de la cohorte (Marandin, 1998), afin de comparer les nombres trouvés dans leur corpus oral et écrit. Il a été choisi de faire appel à deux personnes extérieures (BAC +5). L'examineur 1 possède un BAC + 5 dans un domaine extérieur à l'orthophonie et la santé en général, l'examineur 2 est en dernière année d'orthophonie et l'examineur 3 est la rédactrice de ce mémoire. Chacun des deux examinateurs extérieurs a reçu un minimum d'explications sur le travail d'analyse réalisé, afin de conserver un maximum d'objectivité. Après confrontation des différents thèmes recensés, les thèmes communs ont été conservés et les autres discutés pour trouver un consensus. Cette méthodologie est librement inspirée de la littérature dans le domaine de la linguistique et de l'autisme (Volden & Lord, 1991). N'ont été retenus que les thèmes les plus généraux dans le cadre de cette analyse :

- Relations sociales et amitiés
- Enfance/scolarité
- Expériences professionnelles
- Habiletés communicationnelles
- Parcours thérapeutique
- Ressentis
- Difficultés langagières
- Intérêts restreints et particularités

Pour calculer la fréquence d'occurrences des références à soi (Dascalu, 2017), les pronoms de type « je », « moi », « mon », « ma », « mien », « mienne », « mes », ont été comptabilisés et ramenés en proportion au nombre de mots total, et ce pour les deux types de corpus. Une comparaison des pourcentages a ainsi été possible. Un exemple est présenté en annexe (cf. Annexes 6 et 7, pages 80 à 86).

Les mots renvoyant au lexique subjectif, interne et émotionnel (Plumet, 2014) ont à nouveau été identifiés par trois examinateurs séparés, selon la méthodologie inspirée de Volden & Lord (1991). Quelques explications ont seulement été données sur le champ lexical recherché afin de conserver un maximum d'objectivité. Après confrontation des différentes sélections, les segments communs ont été conservés et les autres discutés pour trouver un consensus. La fréquence des occurrences a été calculée par « ressentis » ramenés en proportion du nombre de mot total du corpus. Une comparaison des pourcentages respectifs a été réalisée. Un exemple est présenté en annexe (cf. Annexes 6 et 7, pages 80 à 86).

3.2.2. Comparaison qualitative

L'analyse qualitative concerne les comparaisons entre corpus écrits et oraux de chaque patient. Pour ce faire, chaque type de corpus est analysé individuellement et qualitativement. Il s'agit ici de mettre en relief les éléments fragilisant la communication orale du sujet de la cohorte, selon les critères explicités précédemment (cf. paragraphe 4, page 33) et de déceler, dans la lettre, ce que facilite ou rend possible l'écrit.

4. ANALYSE DES DONNEES

Les données recensées à l'aide de l'analyse quantitative propre aux nombres de mots, aux nombres de thèmes, à la fréquence d'occurrence de termes faisant référence à soi et de termes faisant référence aux émotions et aux ressentis des patients, ont été consignées dans un document EXCEL et analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les hypothèses sont considérées comme validées à partir de 50% ou plus de patients concernés.

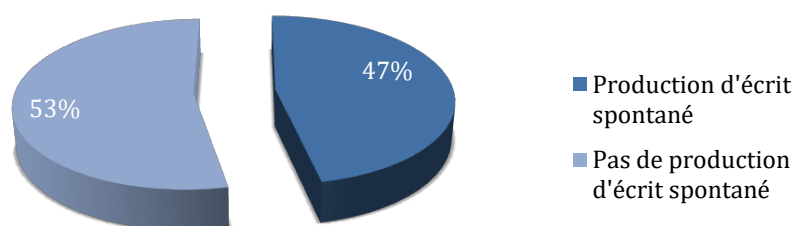
L'analyse qualitative des corpus oraux et écrits a été pensée à partir des séquences vidéo de la question 6 de l'ADOS. Cette dernière a été réalisée corpus par corpus et patient par patient pour mettre en exergue les éléments fragilisant la communication d'un mode de communication par rapport à l'autre et ce qui est rendu possible par l'écrit.

RESULTATS

1. PRODUCTION DE LETTRES SPONTANÉES

Parmi les personnes avec le diagnostic d'autisme Asperger 47% des patients adultes ont rédigé au préalable une lettre personnelle et spontanée soit 9 patients sur 19. La *Figure 4* ci-dessous décrit la proportion concernée.

Figure 4 : Production d'écrit spontané parmi les sujets adultes avec diagnostic de syndrome Asperger



2. EVALUATION ET COMPARAISON DU NOMBRE DE MOTS

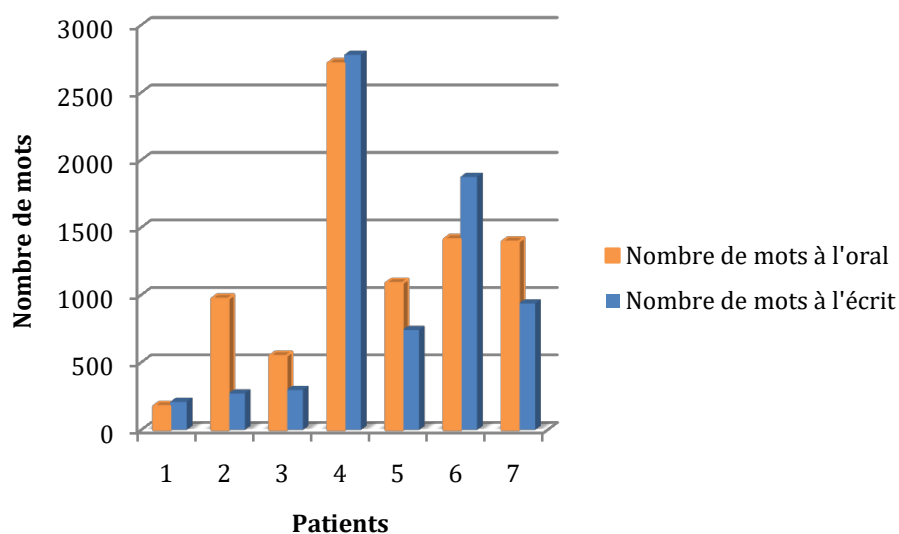
Dans cet échantillon, parmi les mots intelligibles à l'oral et après avoir supprimé les éléments propres à la fonction phatique du langage et les « dysfluences », il ressort que 42,86% des patients (n=3) ont produit davantage de mots à l'écrit qu'à l'oral. En moyenne, les corpus oraux font 1186 mots et les corpus écrits 1014 mots. Les résultats de la comparaison de nombre de mots par patient sont présentés dans le *Tableau 4* ci-dessous.

Tableau 4 : Nombre de mots (oral/écrit)

Patients	Nombre de mots totaux intelligibles à oral	Nombre de mots porteurs de sens à l'oral	Nombre de mots à l'écrit
1	311	175	207
2	1084	971	269
3	599	547	295
4	3271	2715	2779
5	1303	1087	739
6	1503	1412	1874
7	1844	1394	936

Il est illustré par la *Figure n°5* qui suit :

Figure 5 : Résumé de la comparaison des nombres de mots par patient



3. EVALUATION ET COMPARAISON DES ELEMENTS DU MONDE INTERNE ET SUBJECTIF

3.1 Les thèmes abordés

Les huit grands thèmes identifiés ont été recensés et répartis par patient et par type de corpus (écrit/oral) dans le *Tableau 5* ci-dessous.

Tableau 5 : Thèmes abordés dans les différents corpus

Thèmes	Patients 1		Patients 2		Patients 3		Patients 4		Patients 5		Patients 6		Patients 7	
	Ecrit	Oral	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O
Relations sociales et amitiés	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Enfance et scolarité		■				■	■	■		■	■			■
Expériences professionnelles	■			■				■	■	■	■	■	■	
Habilités communicationnelles			■	■	■	■	■		■	■	■			
Parcours thérapeutique					■				■			■	■	
Ressentis	■		■		■		■	■	■		■	■		
Difficultés langagières	■						■			■				
Intérêts restreints et particularités			■	■	■		■	■	■		■		■	

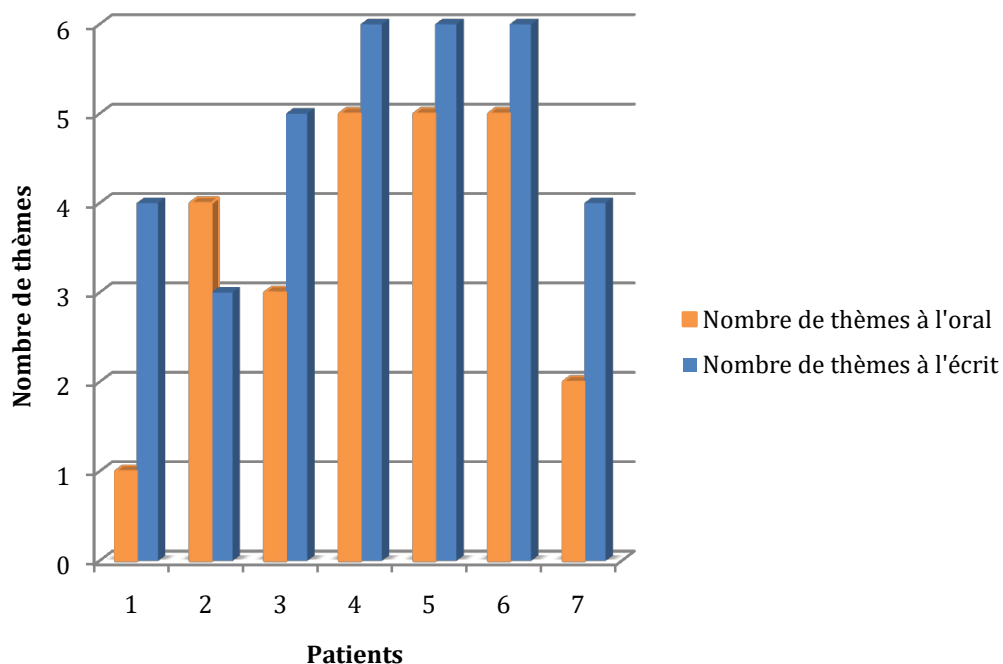
Concernant la comparaison du nombre de thèmes, 85,71% des patients de la cohorte (n=6) abordent davantage de thèmes à l'écrit qu'à l'oral. Seul le patient 2 aborde plus de thèmes à l'oral qu'à l'écrit (respectivement 4 et 3). En moyenne, 4 thèmes sont abordés à l'oral et 5 à l'écrit. Le *Tableau 6* ci-dessous résume le nombre de thèmes à l'écrit et à l'oral par patient.

Tableau 6 : Nombre de thèmes (oral/écrit)

Patients	Nombre de thèmes à l'oral	Nombre de thèmes à l'écrit
1	1	4
2	4	3
3	3	5
4	5	6
5	5	6
6	5	6
7	2	4

Il est illustré par la *Figure 6* qui suit :

Figure 6 : Résumé de la comparaison des nombres de thèmes par patient



3.2 Termes faisant référence à soi

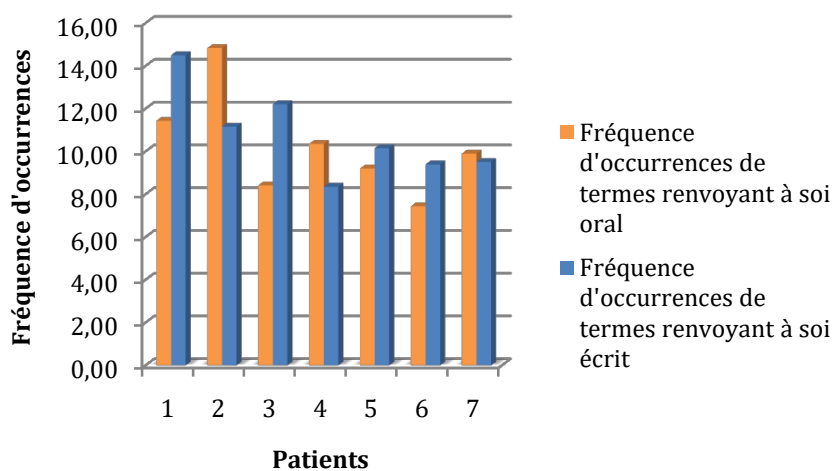
Au sein de la cohorte, 57,14 % des patients (n=4) présentent une fréquence d'occurrences de termes renvoyant à eux plus grande dans leurs corpus écrits que dans leurs corpus oraux. En moyenne, cette sélection de mots renvoyant à soi représente un peu moins de 10% du nombre total de mots produits. Le *Tableau 7* présente les comparaisons des corpus écrits et oraux des patients de la cohorte en termes de fréquence d'occurrence de termes renvoyant à soi.

Tableau 7 : Fréquence d'occurrences des termes renvoyant à soi

Patients	Termes renvoyant à soi à l'oral	Termes renvoyant à soi à l'écrit
1	11,43	14,49
2	14,83	11,15
3	8,41	12,20
4	10,35	8,35
5	9,20	10,15
6	7,44	9,39
7	9,90	9,51

Il est illustré par la *Figure 7* qui suit :

Figure 7 : Fréquence d'occurrences des termes renvoyant à soi (oral/écrit)



3.3 Termes faisant référence aux émotions et aux ressentis

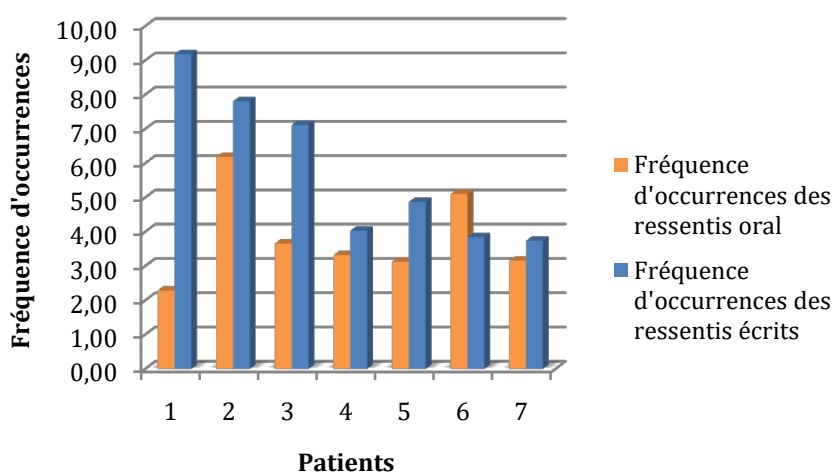
Au sein de la cohorte, 85,71 % des patients (n=6) présentent une fréquence d'occurrences de termes faisant référence à leurs émotions et leurs ressentis, supérieure dans leurs corpus écrits que dans leurs corpus oraux. En moyenne, cette sélection de termes représente environ 4% de l'ensemble des corpus. Le *Tableau 8* résume la fréquence d'occurrences de l'utilisation des termes faisant référence aux émotions et aux ressentis. Pour chacun des patients de la cohorte, il montre la proportion trouvée à l'oral en regard de celle trouvée à l'écrit.

Tableau 8 : Fréquence d'occurrences des termes faisant référence aux émotions et aux ressentis (oral/écrit)

Patients	Termes faisant référence aux émotions et aux ressentis à l'oral	Termes faisant référence aux émotions et aux ressentis à l'écrit
1	2,29	9,18
2	6,18	7,81
3	3,66	7,12
4	3,31	4,03
5	3,13	4,87
6	5,10	3,84
7	3,16	3,74

Il est illustré par la *Figure 8* ci-dessous :

Figure 8 : Fréquence d'occurrences des termes faisant référence aux émotions et ressentis (écrit/oral)



4. COMPARAISON QUALITATIVE DES LETTRES ET DES ENTRETIENS

4.1 Patient 1

De nombreux éléments viennent fragiliser l'expression orale du patient 1. Concernant les aspects de régie de l'échange, les pauses sont fréquentes dans le discours du patient 1. Certaines élisions propres à l'oral du type « j'me » et à l'accent tonique de la langue sont complètement absentes du corpus, ce qui impacte la bonne transmission du message. Par ailleurs, le patient ne rebondit pas forcément sur ce qui lui est dit, il peut continuer sur le sujet qu'il veut aborder sans tenir compte de la digression de l'interlocuteur ou répond par monosyllabe. On ne retrouve pas d'initiations de l'échange, il ne s'agit que de réponses à l'examineur. Le regard est présent mais peu soutenu. Tous ces éléments mettent à mal le rapport conversationnel. Les paramètres vocaux sont eux aussi impactés puisque la voix du patient 1 est aiguë et peu modulée.

Le patient fait état de ses difficultés par une classification sous forme de liste. Ici, l'écrit et cette méthode de présentation lui permettent de mieux structurer ses idées. Grâce à cela, il peut proposer une analyse du comportement des autres tout à fait pertinente et de ses difficultés à adapter le sien en retour.

4.2 Patient 2

L'expression orale de cette patiente est rendu délicate par certaines particularités. La régie de l'échange n'est pas évidente, elle ne termine pas toujours ses phrases, et fait fréquemment des pauses. Les aspects de transmission du message sont particulièrement difficiles à gérer pour cette patiente dont le discours est parsemé de nombreux segments inintelligibles, notamment dus à une hypophonie. En outre, le rapport conversationnel est fragilisé par un regard peu modulé (évitement actif ou temps de fixation trop longs) avec son interlocuteur. De plus, de nombreuses relances sont ignorées ou simplement prises en compte par un acquiescement non verbal. On relève un certain agrammatisme notamment dans l'emploi qui est fait des temps verbaux. La patiente n'initie pas la conversation et se contente de répondre aux relances de son interlocuteur. Concernant les paramètres vocaux, l'intonation de la patiente est assez monocorde mais des modulations sont toutefois

possibles. L'articulation est peu marquée et le visage peu expressif, ce qui est notamment dû à une faible mobilisation de la mâchoire. Il existe une alternance entre des passages très bas en termes d'intensité au débit lent, et des passages plus forts et au débit plus rapide.

La forme anarchique que prend son écrit (segments de phrases, listes sans signes typographiques adaptés), à savoir une liste de ses difficultés et spécificités, sans faire de classification ni organisation ou de mise en forme, rend le lecteur confus. La liste qui suit finalement le fil de sa pensée est donc perçue comme confuse elle-même. On retrouve finalement à l'écrit le même type de difficultés qu'à l'oral : la liste est interrompue par des phrases qui s'apparentent à des réflexions personnelles. Il est difficile pour le lecteur de trouver un fil conducteur. En outre, l'utilisation de possessifs pour désigner des aliments génériques (« mon chocolat, « mon café ») est inhabituelle et donne un aspect assez particulier à l'énonciation.

4.3 Patient 3

La communication orale du patient 3 est relativement préservée. Toutefois, certains aspects conversationnels sont perturbés, le patient peut acquiescer mais n'initie pas la conversation ni ne rebondit sur les propos de son interlocuteur. De plus, le contact visuel n'est pas maintenu et trop rare. Concernant les paramètres vocaux, l'intonation peut varier de manière appropriée quoique légèrement monotone et l'articulation est peu précise.

A l'écrit, le nombre de mots est inférieur au nombre de mots à l'oral. Toutefois, la lettre manuscrite adressée par le patient 3 lui permet d'aborder davantage de thèmes et de ressentis qu'il ne peut le faire à l'oral. A travers son écrit, il peut détailler les caractéristiques de sa personnalité et exprimer son désir d'obtenir un diagnostic, important pour mettre des mots sur ses difficultés. Plusieurs ratures sont présentes sur ce courrier, elles mettent en relief la facilité avec laquelle il lui est possible de reformuler ses propos pour être plus clair. A l'oral, sûrement pour éviter ce genre d'hésitations, le patient n'initie pas la conversation et se contente de rebondir sur les propos de son interlocuteur. Le patient donne l'impression d'être rassuré par la classification de ses difficultés sous forme de liste. Pourtant, celle-ci n'est pas forcément établie de façon intuitive pour le lecteur.

4.4 Patient 4

Les interactions sont perturbées par des interruptions qui sont très fréquentes ainsi que les chevauchements de parole ce qui impacte la qualité de la régie de l'échange. En outre, on ne retrouve pas certaines élisions propres à l'oral. Le patient utilise un vocabulaire constitué de mots hyperprécis, pouvant être qualifiés de « littéraires », dans un registre soutenu, peu commun à l'oral ce qui peut nuire à la transmission du message. Certaines difficultés syntaxiques sont relevées dans la construction des phrases. Au niveau conversationnel, le patient peut prendre en compte les interventions de l'examineur mais aussi se lancer dans de longues explications sans se soucier des tentatives de son interlocuteur pour rebondir. Enfin, peu de regards sont clairement adressés à l'examineur. Concernant les paramètres vocaux, le timbre de la voix du patient est très monocorde et la hauteur de la voix très grave.

L'écrit produit par le patient nous permet de recenser des éléments paradoxaux. D'une part, les difficultés, au niveau de la syntaxe notamment, sont proches de celles retrouvées à l'oral. Le patient peut utiliser du discours direct rapporté (« arrête de te poser des questions ») sans utiliser les signes typographiques consacrés, à savoir les guillemets, et sans préciser l'énonciateur. Ce type de pratique est source de confusion pour le lecteur. En outre, les longues explications à l'oral se traduisent à l'écrit par un courrier particulièrement prolixe, de huit pages. L'écrit, dans sa forme ne facilite pas réellement l'exposition des difficultés du patient. Effectivement, nous sommes très gênés dans notre lecture par les troubles de la transcription du patient. Pour l'analyse, il nous a été nécessaire de retranscrire cet écrit sans les fautes d'orthographe, sans dénaturer le contenu, dans un traitement de texte. La structuration même de l'écrit, par période de vie, avec l'élaboration d'un code selon les sources des renseignements le concernant, montre à quel point ce média est confortable pour pouvoir exprimer ses ressentis, son histoire. Cependant, il est difficile pour le patient de respecter l'organisation et la mise en page qu'il a lui-même établies au début de son courrier. D'autre part, malgré une forme qui rebute le lecteur, le contenu est très riche d'éléments concernant les difficultés rencontrées au quotidien par le patient et ce depuis son enfance jusqu'à aujourd'hui, dans sa vie adulte. De la même façon qu'à l'oral, le vocabulaire employé est très spécifique et précis, voire scientifique, lorsqu'il concerne ses symptômes. Malgré toute la distance que le patient met

avec ses ressentis, avec l'utilisation de listes notamment, les situations qu'il rapporte et les explications qu'il en fait, sont souvent très pertinentes et poignantes.

4.5 Patient 5

De façon générale, au niveau conversationnel, les échanges de regards sont généralement préservés. Le patient rebondit sur les éléments amenés par son interlocuteur. Il peut développer quand cela le concerne mais il lui est plus difficile d'élaborer autour de ce que propose l'interlocuteur lorsque cela appartient à des aspects plus généraux. La voix du patient est relativement modulée bien qu'un léger bredouillement soit présent. De plus, le volume sonore est légèrement bas.

Chez ce patient, l'écrit, au travers de son mail, a surtout permis de revenir sur des aspects de vie personnelle qu'il peut être gênant d'aborder à l'oral. L'écrit permet ici au patient d'exposer ses difficultés avec moins d'appréhension que devant l'examineur à l'oral. Finalement, il se dégage une forme d'authenticité à l'écrit que l'on ne retrouve pas à l'oral, où il semble banaliser davantage son vécu.

4.6 Patient 6

Au cours des échanges verbaux, les chevauchements sont fréquents et de nombreuses interruptions surviennent rendant délicate la régie de l'échange. Au niveau des aspects conversationnels, peu d'initiations de la conversation sont retrouvées, toutefois la patiente rebondit assez facilement sur les sujets lancés par son l'interlocuteur et peut élaborer autour de ces derniers. Concernant les paramètres vocaux, la voix de la patiente est monocorde, peu modulée et relativement hypophonique.

A l'écrit, la patiente utilise beaucoup de signes de ponctuation, ce qui permet au lecteur de mieux inférer sur son état d'esprit au moment où elle rédige ce courriel. L'utilisation de la syntaxe n'est pas toujours celle habituellement choisie à l'écrit et des éléments propres à l'oral sont retrouvés dans la construction choisie (points de suspensions, multiplication des points d'exclamation). Cela donne l'impression que cette lettre est très spontanée, pas forcément relue. Elle utilise beaucoup de parenthèses pour

appuyer ses propos par des informations factuelles hyperprécises voire superficielles pour le lecteur pour comprendre le contexte de ses difficultés. L'écrit est confortable pour cette patiente et cela se traduit notamment par l'utilisation de jeux de mots pour faire de l'humour.

4.7 Patient 7

La communication est rendue difficile par des aspects de régie de l'échange notamment. En effet, le patient coupe la parole à de nombreuses reprises, provoquant des interruptions dans l'échange. Les chevauchements de parole sont eux aussi très fréquents. Par ailleurs, au niveau conversationnel, les réponses proposées sont brèves et suivent essentiellement le fil des idées du patient. En effet, certains commentaires de l'examineur sont ignorés. Une tendance à se focaliser sur des éléments topographiques plutôt que des émotions peut être identifiée. La modulation du regard n'est pas évidente : le patient peut fixer ou ne plus regarder du tout. Finalement, la majorité de la communication est dirigée vers les préoccupations du patient qui peine à s'inscrire dans un échange. Pour reprendre la parole, le patient a tendance à augmenter le débit ainsi que l'intensité sonore de sa voix au cours des échanges. Des variations de hauteur sont également perceptibles.

Dans sa lettre, le patient fait état des fortes émotions qui le traversent vis-à-vis de son diagnostic. L'errance des professionnels le concernant, l'ont conduit à rester prudent sur les hypothèses à envisager mais aussi sur les compétences de certains médecins. Il construit son discours autour de paragraphes, un pour chaque idée ainsi que par l'utilisation de connecteurs logiques. Ces éléments, associés à une grande lucidité sur sa situation pré-diagnostique confère à sa lettre une allure plus formelle, plus lisible, plus structurée que dans les autres courriers. Il est possible que cela soit dû à sa profession (ancien professeur). L'écrit permet au patient de parler des faits, de façon chronologique, et d'y associer des émotions, ce qui était moins évident pour lui à l'oral.

DISCUSSION

1. RAPPEL DES OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Les témoignages de personnes avec un syndrome Asperger viennent interroger les apports de la littérature scientifique concernant les difficultés à utiliser le langage de façon décontextualisée, dans des situations de narration concernant des aspects internes et subjectifs (Baixauli et al., 2016; Plumet, 2014). Pour solliciter un rendez-vous au Centre Ressources Autisme de Picardie, nombre de ces personnes ont pris le temps de rédiger une lettre personnelle dans l'espoir qu'une expression diagnostique soit posée sur leurs difficultés. C'est ainsi que ces personnes exposent leur démarche, devant les modalités de rencontre par le biais de l'entretien oral avec le pédopsychiatre et les psychologues. Cette réalité conduit à se demander si les difficultés soulignées par la littérature ne seraient pas davantage présentes à l'oral qu'à l'écrit pour ces personnes. C'est la raison pour laquelle il a été choisi de procéder à une analyse linguistique de ces courriers, et de les comparer à des situations d'entretiens oraux semi-structurés filmés.

Dans un premier temps, l'objectif de ce travail a été de montrer que les patients adultes avec un diagnostic d'autisme Asperger envoient une lettre pour expliquer la raison de leur demande de consultation au CRA. Nous avons ensuite supposé que ces patients étaient plus prolixes à l'écrit qu'à l'oral. Enfin, nous avons voulu vérifier si les patients adultes avec un diagnostic d'autisme Asperger fournissaient davantage d'éléments de leur monde interne et subjectif dans leur courrier que lors de l'entretien oral. Cette dernière hypothèse a été axée autour de l'analyse des thèmes, des termes faisant référence à soi et aux termes appartenant au champ lexical de la subjectivité, des ressentis et des émotions.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. Envoi préalable de lettres au Centre Ressources Autisme

Au sein du CRA de Picardie, après analyse des 1300 dossiers archivés, 47% des personnes majeures ayant reçu un diagnostic d'autisme Asperger (n = 9) ont produit un écrit préalable à leur rencontre avec le personnel du CRA pour se raconter. Ce chiffre ne permet pas réellement de conclure. Les patients diagnostiqués Asperger par le CRA n'ont pas systématiquement envoyé de courriers personnels préalables. Il est important de souligner que l'analyse des dossiers a été faite à la fin de l'hiver 2017, et constitue une

photographie à un instant donné, le pourcentage évolue certainement selon la période de l'année.

L'hypothèse 1 selon laquelle les personnes adultes faisant une demande au CRA et obtenant par la suite un diagnostic d'autisme Asperger produisent un écrit personnel n'est pas validée.

2.2. Analyse quantitative du nombre de mots des corpus

Les corpus ont été quantifiés en termes de nombre de mots. Les résultats établis grâce à une analyse descriptive montrent que les patients de la cohorte sont plus prolixes à l'oral qu'à l'écrit (n = 4), soit 51,14% d'entre eux avec une moyenne de 1186 mots à l'oral pour 1014 à l'écrit. Ce constat est fait alors même que les éléments propres à la fonction phatique du langage et les « dysfluencies » (Blanche-Benveniste, 2008) ont été supprimés pour faire correspondre au maximum les corpus selon les éléments porteurs de sens. Toutefois, il s'avère difficile et hautement subjectif de faire coïncider écrit et oral. La quantité de mots supérieure à l'oral peut être en partie expliquée par les phénomènes de dislocation (Blanche-Benveniste, 2008; Blanche-Benveniste & Bilger, 1999) qui impliquent la multiplication de l'utilisation des pronoms notamment. De plus, la multiplicité des propositions subordonnées établies par la littérature peut elle-même avoir eu un impact.

La supposition selon laquelle les patients seraient plus habiles à l'écrit ne se vérifie pas par l'aspect quantitatif de leurs productions en termes de mots. Toutefois, ce résultat est à nuancer. En effet, l'échantillon éligible dans le cadre de cette étude est insuffisant. La validation ou l'infirmité de l'hypothèse varie à un sujet près, et ne permet donc pas de conclure.

L'hypothèse 2 selon laquelle les patient adultes avec un syndrome d'Asperger sont plus prolixes à l'écrit qu'à l'oral est donc réfutée.

2.3. Analyse comparative des aspects émotionnels, subjectifs et internes

2.3.1. Nombre de thèmes

Pour 85,71% des patients de la cohorte (n = 6), le nombre de thèmes abordés à l'écrit est supérieur à au nombre de thèmes abordés à l'oral. Si les corpus oraux sont plus conséquents en termes de quantité de mots, il semblerait donc que les patients peinent davantage à varier les sujets et élaborent davantage autour d'un nombre inférieur de thèmes.

Le « triple aveugle » initialement utilisé a dû être réduit à un « double aveugle ». En effet, l'identification des thèmes réalisée par l'examineur 1 n'a pas pu être prise en compte. Malgré un BAC+5 au même titre que l'examineur 2, les consignes n'ont pas été aussi bien comprises que par l'étudiante en orthophonie. La méconnaissance du lexique spécifique à notre champ d'action clinique et de recherche a empêché l'examineur 1 d'identifier et de qualifier les thèmes avec précision. Cette constatation vient appuyer l'importance de la formation théorique et clinique reçue au cours de ces 5 dernières années dans l'analyse linguistique de corpus d'autistes Asperger. En effet, les analyses des examinateurs 2 et 3 coïncident en majorité.

Parmi les neuf thèmes identifiés dans les différents corpus, il été choisi de ne pas tenir compte du thème appelé « répercussions motrices et sensorielles » pour notre analyse. En effet, ce thème n'était abordé que dans certains corpus écrits (n=2) et dans aucun des corpus oraux. La partie de l'entretien semi-structuré choisie pour constituer les corpus oraux correspond à la question n°6 de l'ADOS qui s'intéresse aux difficultés sociales des patients. Ce thème s'éloignant donc du sujet même de l'entretien, il est concevable qu'il ne soit pas abordé à l'oral. L'analyse a été réalisée avec et sans le thème concernant « les répercussions motrices et sensorielles » sans que cela ait un impact significatif sur les résultats. Il a donc été écarté. Tous les autres thèmes sont abordés au moins une fois à l'écrit et à l'oral. Seule la patiente n°2 aborde davantage de thèmes à l'oral (4 à l'oral et 3 à l'écrit) et ce dans le cadre d'un corpus écrit particulièrement court par rapport à son corpus oral (respectivement 269 et 971 mots). Ces résultats peuvent être pris en compte tels quels puisqu'aucune donnée de la littérature scientifique ne fait état de différences entre les nombres de thèmes censés être répertoriés à l'écrit et à l'oral (Marandin, 1998).

L'hypothèse opérationnelle 3.1 selon laquelle, dans cette cohorte, les adultes avec un syndrome d'Asperger abordent davantage de thèmes à l'écrit qu'à l'oral est validée.

2.3.2. Fréquence d'occurrences de termes renvoyant à soi

Les termes renvoyant à soi ont été identifiés dans chacun des corpus écrits et oraux des patients de la cohorte. Après avoir été comptés, ils ont été calculés en proportion de la quantité totale des mots des corpus. Ainsi, il a été possible de comparer leur fréquence indépendamment de la longueur des corpus respectifs. Au sein de la cohorte, 57% des patients (n = 4) ont utilisé davantage de termes renvoyant à eux à l'écrit qu'à l'oral.

Ce résultat, bien que proche de la moyenne, est particulièrement parlant au regard des phénomènes de dislocations (Blanche-Benveniste, 2008). En effet, chez les personnes neurotypiques, la littérature scientifique a souligné l'utilisation de répétitions de pronoms dans des formules du type « moi je ». Dans la mesure où une nette supériorité est attendue à l'oral, les résultats en faveur de l'écrit sont donc ici particulièrement parlants. La facilité à parler de soi à l'écrit est donc particulièrement significative et ce résultat pointe une différence fondamentale dans l'utilisation qualitative de l'oral entre les patients de la cohorte et la population neurotypique.

L'hypothèse opérationnelle 3.2 selon laquelle les adultes avec un syndrome Asperger de la cohorte emploient plus de termes faisant référence à soi à l'écrit qu'à l'oral est confirmée.

2.3.3. Fréquence d'occurrences de termes renvoyant aux ressentis et aux émotions

Concernant les termes renvoyant aux ressentis et aux émotions, 85,71% des patients de la cohorte (n = 6) en abordent proportionnellement davantage à l'écrit qu'à l'oral. Seule la patiente n°6 fait plus référence à ses émotions et ses ressentis à l'oral qu'à l'écrit (5,10% et 3,84%). Ici encore, les données peuvent être interprétées telles quelles puisqu'aucune différence entre l'écrit et l'oral n'a été soulevée dans la littérature scientifique concernant la quantité du lexique (Blanche-Benveniste, 2008; Gadet, 2017).

Les termes renvoyant aux ressentis et aux émotions ont été identifiés dans chacun des corpus écrits et oraux en « triple aveugle ». Toutefois, au même titre que l'identification des thèmes, la sélection proposée a dû être réduite à un « double aveugle ». La sélection de l'examineur 1 n'a pas pu être prise en compte. Ici, les ressentis et émotions recherchées dans le cadre du mémoire ont été difficiles à expliquer. La sélection de l'examineur 1 fait état de son manque de distance par rapports aux difficultés rapportées par les patients. En effet, elle n'a pas été formée à la spécificité du syndrome d'Asperger et aux problématiques quotidiennes qui peuvent s'imposer à eux. Dans cette mesure, il lui a été quasi impossible de faire la différence entre le constat de répercussions objectives sur la vie quotidienne et l'expression d'émotions et de ressentis. Ici encore, les examinateurs 2 et 3 ont, quant à eux fourni des sélections concordantes.

Il est intéressant de constater que malgré la longueur supérieure des corpus oraux, moins de ressentis et d'émotions sont avancées. Le fait d'être habile à l'écrit ne semble donc pas se manifester par la quantité des mots, mais plutôt par la plus grande quantité d'émotions abordée.

L'hypothèse opérationnelle 3.3 alléguant que davantage de termes renvoyant à un champ lexical lié à la subjectivité, aux ressentis et aux émotions sont présents dans les corpus écrits des patients de la cohorte est vérifiée.

2.4. Analyse qualitative des corpus oraux

Les données retrouvées dans l'analyse qualitative des corpus oraux sont cohérentes avec la littérature scientifique. De nombreux éléments recensés dans de précédentes études sont retrouvés chez les patients de la cohorte. Ce sont ces spécificités qui viennent fragiliser l'oral chez les autistes Asperger et qui peuvent expliquer l'usage préférentiel de l'écrit, ou du moins de meilleures compétences pour parler de soi via ce média.

Les aspects de *régie de l'échange* sont notamment très impactés chez les patients de la cohorte (Beaud & De Guibert, 2011). En effet, chez 5 des 7 patients, des pauses, des interruptions et/ou des chevauchements viennent entraver la communication qui peine alors à s'inscrire dans un échange synchrone et bilatéral. Concernant les *aspects*

conversationnels, les principes de coopération décrits par Grice (Grice & Kant, 1979) posent des difficultés à l'ensemble de notre échantillon. Il est particulièrement complexe pour eux d'initier l'échange et ils ne peuvent souvent pas relancer la conversation. Le maintien de l'interaction est quant à lui relativement préservé même s'il se limite quelquefois à des hochements de tête. Il est toutefois plus facile pour les patients de la cohorte de développer leurs réponses lorsqu'il s'agit d'un sujet qui les concerne et les intéresse. Les échanges plus généraux, à vocation sociale sont beaucoup moins investis. Les échanges visuels ne sont pas toujours adaptés et la majorité des patients modulent mal leur regard : certains sont trop appuyés, d'autres pas assez soutenus ou même complètement absents. Il n'est pas rare de voir ces différentes possibilités alterner chez un même patient.

Les *paramètres vocaux* font souvent état d'atypicités qui viennent corroborer les éléments trouvés dans la littérature (Beaud & De Guibert, 2011; Shriberg et al., 2001; Szatmari et al., 1989). Le timbre est en grande majorité monotone, le débit trop lent ou trop rapide, la hauteur est comparativement basse ou haute par rapport à la population neurotypique, et l'intensité est elle aussi trop forte ou trop faible. Ces paramètres alternent facilement chez un même patient ce qui peut provoquer l'inintelligibilité de certains segments de parole pour l'interlocuteur. La bonne *transmission du message* peut également être fragilisée par l'utilisation particulière de mots ce qui, en plus de certaines élisions habituelles à l'oral non réalisées, peut conférer un caractère « littéraire » et peu naturel à certains segments de parole.

2.5. Analyse qualitative des corpus écrits

Les caractéristiques des écrits au regard des corpus oraux permettent de mettre certains éléments en avant quant à ce que facilite l'écrit mais aussi quant aux spécificités du discours des patients. La majorité d'entre eux choisissent de présenter leurs difficultés sous forme de listes. De cette façon, il semble plus facile pour eux de construire une chronologie et un fil conducteur à suivre pour organiser leurs idées. Par ailleurs, l'utilisation de la syntaxe est particulière : souvent elle s'apparente à celle qui est utilisée à l'oral. Elle n'est pas toujours claire et structurée. Paradoxalement, les patients utilisent un lexique particulièrement riche, d'autant plus lorsque ce dernier touche de près ou de loin

aux signes cliniques et aux manifestations de l'autisme Asperger. Cet écart entre ces deux aspects formels du langage provoque une lecture particulière qui peut apporter de la confusion chez le lecteur. Cette dichotomie n'existe pas pour le patient 7 - cette différence peut s'expliquer par le fait qu'il soit professeur - chez qui la maîtrise de la syntaxe constitue l'une des compétences requises. Malgré cela, il apparaît plus facile et plus authentique de lire ce que les patients peuvent relater de leurs difficultés et leurs ressentis. En tant que lecteur, il semble que les barrières existant à l'oral pour exprimer des émotions, sont moins prégnantes à l'écrit, même lorsque la forme structurelle de l'écrit n'est pas parfaite.

Il peut apparaître étonnant que les patients soient plus à l'aise pour s'exprimer à l'écrit qu'à l'oral dans la mesure où leurs écrits rassemblent certaines caractéristiques de l'oral, notamment dans la syntaxe et la ponctuation. Dès lors, cela vient questionner les aspects qui leur sont problématiques à l'oral. Ce questionnement est cohérent avec les données de la littérature scientifique (Gadet, 1996). On peut donc affirmer que nos données cliniques vont dans le sens de la théorie et qu'il s'agit, au moins partiellement, de difficultés liées la temporalité de l'expression orale (la patiente numéro 2 dit notamment que sa « *bouche ne va pas assez vite pour dire ce que pense ma tête* »). On peut également inférer que ce qui les limite, à l'oral, dans l'interaction, réside dans la confrontation directe aux réactions de l'interlocuteur, et à l'ajustement constant que cela suppose. Cela peut sans nul doute être un obstacle à l'élaboration, la progression d'un propos et encore davantage à un échange dont la seule vocation est de créer du lien social.

3. LIMITES DE L'ETUDE

Plusieurs limites ont été rencontrées au cours de ce mémoire.

Dans un premier temps, le nombre de patients de la cohorte (7 personnes) obtenu à l'aide du diagramme des flux décrits dans la partie méthodologique est trop faible, pour que les résultats de l'étude soient considérés comme étant représentatifs de la population des adultes autistes avec le syndrome d'Asperger de langue française. Il pourrait être judicieux, par la suite, de réaliser ce même type d'analyse à l'échelle nationale en impliquant l'ensemble des Centres Ressources Autisme français.

D'autre part, si nos conclusions tant théoriques que pratiques, font état de la plus grande facilité des personnes adultes avec un syndrome d'Asperger à parler d'eux à l'écrit, il pourra nous être reprochés de ne pas mettre ces résultats en regard de ceux d'un groupe contrôle. Toutefois, il est difficile de mettre en correspondance nos corpus naturels, recueillis dans le cadre d'une demande de diagnostic adressée au CRA, avec ceux de personnes neurotypiques qui n'ont pas ce besoin. En revanche, bien que très difficile à mettre en place, il aurait été intéressant de faire correspondre nos résultats avec ceux dont le diagnostic d'Asperger a été écarté au bénéfice d'une pathologie d'origine psychiatrique, au sein d'autres structures diagnostiques telles que des Centres Médico Psychologiques. Effectivement, il aurait été possible de comparer l'utilisation préférentielle de l'écrit, pour savoir s'il s'agissait d'une particularité du syndrome d'Asperger, ou si des pathologies dans lesquelles la communication est elle aussi altérée, étaient également concernées. On peut donc concevoir que ce travail, basé sur des données naturelles, donne lieu à une étude expérimentale reposant sur une mise en situation contrôlée et proposée à différents groupes témoins. Une étude de cette envergure ne paraît pas envisageable dans le cadre d'un mémoire de niveau Master.

En outre, l'originalité de ce mémoire, à savoir de s'intéresser à des corpus naturels, constitue à la fois un de ses intérêts et l'une de ses principales limites. En effet, malgré des critères d'analyse quantitatifs, il s'agit avant tout d'une analyse qualitative, qui n'est pas étalonnée ni normée. En choisissant de s'intéresser à l'usage du langage, nous avons choisi une voie difficile car extrêmement liée à des aspects d'intersubjectivité, d'environnement et d'histoires de vie. Toutefois, il nous semble que le langage ne peut être réduit à des aspects formels, d'autant plus dans le cadre de l'autisme Asperger. L'analyse de ses particularités était donc aussi, voire plus intéressante.

Pour finir, l'exercice de confronter et comparer l'écrit et l'oral était périlleux, les linguistes n'y trouvant eux-mêmes pas consensus. S'il s'agit de la même langue, de nombreux éléments viennent différencier ces deux modes d'expression. Ces derniers viennent complexifier l'analyse et questionner les résultats comme étant des particularités propres aux contradictions entre oral et écrit, ou des éléments pertinents et caractéristiques de l'autisme Asperger. Dans ce type d'analyse il s'agit toujours de rester prudent sur les conclusions que nous pouvons donc tirer. En effet, la comparaison de corpus oraux et écrits ne peut se faire au sens strict du terme. L'oral sous-tend la synchronie entre le locuteur et son interlocuteur alors que l'écrit se soumet en tant que « produit fini » (Gadet, 1996).

4. INTERÊTS DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES

Le choix de corpus dits « naturels » (Da Silva & Masson, 2017) constitue le point de départ de ce mémoire. En effet, l'utilisation de lettres spontanées et d'entretiens semi-dirigés existants au préalable confère toute l'originalité et le principal intérêt de cette analyse. Habituellement, les protocoles sont créés, pensés, établis dans la perspective d'obtenir les réponses aux hypothèses posées (Da Silva & Masson, 2017). Ici, nous partons de données disponibles dans les archives du Centre Ressources Autisme de Picardie pour les confronter aux théories existant dans la littérature. Les corpus utilisés dans le mémoire retranscrivent donc l'usage, et non seulement les capacités au regard d'une norme, que les patients Asperger de la cohorte font du langage.

Les données récoltées dans ce mémoire vont dans le sens des recommandations stipulées par les différents plans autismes et de la HAS (Carlotti, 2013). En effet, la recherche dans le domaine de l'autisme ainsi que la formation des professionnels amenés à travailler avec ce type de patients sont encouragées. C'est dans cette ligne d'action que nous nous inscrivons avec ce mémoire.

Mieux connaître les difficultés, mais surtout les habiletés des personnes avec un syndrome d'Asperger, amène des perspectives intéressantes dans l'accompagnement et la prise en charge qui peuvent leur être proposés. Ici, l'habileté à l'écrit des patients de notre cohorte peut être le point de départ à l'utilisation préférentielle du média écrit pour exprimer des ressentis et des émotions. Les blogs, les livres, les chats, les journaux intimes, les échanges épistolaires peuvent être envisagés comme moyens d'extérioriser et de partager par l'écrit. Par ailleurs, d'un point de vue thérapeutique, les ateliers d'écriture figurent comme des pistes intéressantes à proposer aux patients avec un syndrome d'Asperger partageant les difficultés des patients de la cohorte de ce mémoire.

CONCLUSION

Comme le montrent les nombreuses formes de témoignages écrits de personnes avec un syndrome d'Asperger, notamment sur internet (Gillespie-Lynch et al., 2014), s'exprimer dans cette modalité écrite s'avère plus confortable. En effet, dans le cadre des spécificités du langage caractéristiques des autistes Asperger, l'écrit permet de contourner certaines difficultés et de se montrer plus habile, tout particulièrement pour parler de soi. C'est ce dont témoigne l'analyse des corpus de lettres spontanées et de transcriptions des entretiens semi-dirigés des patients de la cohorte, réalisée au sein des patients venus consulter le Centre Ressources Autisme de Picardie.

Les résultats de ce mémoire ainsi que les données de la littérature, tant linguistiques qu'autour de l'autisme, mettent en exergue les éléments qui, à l'écrit, sont facilitateurs pour les autistes Asperger. Effectivement, les difficultés retrouvées pour parler de soi et de leurs ressentis ne sont pas tellement dues aux aspects émotionnels eux-mêmes, mais davantage aux aspects communicationnels et d'interaction avec un interlocuteur. En ce sens, l'écrit apparaît donc comme une alternative évidente. Si l'analyse est à poursuivre, ce serait à l'aide d'un échantillon plus représentatif de la population des autistes Asperger, à l'échelle nationale des CRA, ainsi qu'avec un groupe contrôle issu d'une pathologie relevant de la santé mentale possédant certaines caractéristiques communes ou encore avec une étude expérimentale de plus grande envergure. Toutefois, l'utilisation de l'écrit comme outil de prise en charge, par le biais d'ateliers d'écriture par exemple, ou sous la forme d'une correspondance épistolaire est sans nul doute à envisager. Travailler sur l'expression de ses ressentis, par cette modalité, peut être une des réponses pour obtenir une meilleure adéquation avec le milieu professionnel notamment. En effet, cela fait partie de l'une des difficultés les plus rapportées par le rapport Schovanec notamment (Schovanec, 2017).

Actuellement, dans le cadre du 4^{ème} plan autisme, la recherche garde toute son importance, au service d'une meilleure compréhension de l'autisme, qui conditionne la qualité de la prise en charge. Fortes de nouvelles connaissances concernant les spécificités communicationnelles des autistes Asperger, de nouvelles prises en charge innovantes pourraient être proposées. Il semble donc important d'axer ces investigations autour de données « naturelles ». En effet, ces dernières rendent compte de difficultés dans ce qui existe de plus proche des situations de vie écologiques. Souvent, en orthophonie, le testing des aspects formels du langage est bien toléré et réussi par les Asperger. Cela ne rend pas compte de l'usage de la langue comme outil de communication, qui est pourtant au centre des difficultés décrites par ces personnes. Malgré certains biais inévitables, il semble donc

que ce type d'analyse soit à encourager concernant l'avenir de la recherche au sujet d'entités syndromiques aussi complexes que le syndrome d'Asperger.

REFERENCES

- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington (DC). doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004
- Asperger, H. (1944). Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv Für Psychiatrie Und Nervenkrankheiten*, 117(1), 76–136. doi.org/10.1007/BF01837709
- Attwood, T. (2010). *Le Syndrome d’Asperger. Guide Complet*. Bruxelles : De Boeck.
- Baixauli, I., Colomer, C., Rosello, B., & Miranda, A. (2016). Narratives of children with high-functioning autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 234–254. doi.org/10.1016/j.ridd.2016.09.007
- Beaud, L., & De Guibert, C. (2011). Identité et spécificité du « pédantisme » dans le syndrome d’Asperger. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, 59, 469–477. doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.09.004
- Beaulne, S. (2012). La conceptualisation de l’autisme depuis Kanner : où en sommes-nous ? *Journal on Developmental Disabilities*, 18(1), 43–61.
- Beguelin, M.-J. (1998). Le rapport écrit oral : tendances dissimilatrices, tendances assimilatrices. *Cahiers de Linguistique Française*, 20, 229–253.
- Ben-Ari, Y. (2008). Neuro-archaeology: pre-symptomatic architecture and signature of neurological disorders. *Trends in Neurosciences*, 31, 626–636. doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00402-0
- Benford, P., & Standen, P. J. (2009). The internet: a comfortable communication medium for people with Asperger syndrome (AS) and high functioning autism (HFA)? *Journal of Assistive Technologies*, 3(2), 44–53. doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/17549450200900015
- Benoist, V. (2011). L’autre dans l’autisme. *Psychologie Internationale, Pratiques et Recherches*, 1–13.
- Bibeau, A. (2010). L’autisme de haut niveau ou le Syndrome d’Asperger : la question du langage. *Revue Canadienne D’orthophonie et D’audiologie*, 34(4), 246–258.
- Blanche-Benveniste, C. (2008). Les unités de langue écrite et de langue parlée. *Cahiers de l’Université de Perpignan*, 37, 192–216.
- Blanche-Benveniste, C., & Bilger, M. (1999). “Français parlé - oral spontané”. Quelques réflexions. *Revue Française de Linguistique Appliquée*, IV, 21–30.
- Bursztejn, C., Raynaud, J. P., & Misés, R. (2011). Autisme, psychose précoce, troubles envahissants du développement. *Annales Medico-Psychologiques*, 169, 256–259. doi.org/10.1016/j.amp.2011.03.011
- Caldani, S., Le Normand, M.-T., Blanc, R., & Adrien, J.-L. (2016). Compétences narratives, évaluatives et linguistiques atypiques chez des locuteurs présentant un trouble du spectre de l’autisme (TSA). *A.N.A.E*, 144, 1–9.

- Carlotti, M.-A. (2013). *Troisième Plan Autisme 2013-2017*. Paris.
- Coulon, N. (2016). Spectre autistique et schizophrénies précoces dans la nosographie actuelle : un lien ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64, 46–51. doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.05.006
- Da Silva, C., & Masson, C. (2017, December 22). *L'apport de la linguistique de corpus à l'étude des situations cliniques : l'utilisation de ressources écologiques*. *Studii de lingvistica*. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01664926>
- Dachez, J. (2016). Quand même. Retrieved from <http://emoiemoietmoi.over-blog.com/2016/12/quand-meme.html>
- Dascalu, C.-M. (2017). *La référence à soi chez les enfants atteints d'autisme . Perspectives sémantiques, pragmatiques et cognitives*. Sorbonne Nouvelle - Paris 3.
- Duvignau, K., Elie-Deschamps, J., & Wawrzyniak, A. (2008). Pour une approche transpathologique et translinguistique de l'approximation sémantique ; le cas des TED : vers une rigidité lexicale caractéristique de l'Asperger en L1 et L2. *Glossa : Cahiers de l'UNADREO*, 104, 34–41.
- Eiscnmajer, R. (1996). Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1523–1531.
- Gadet, F. (2017). L'oralité ordinaire à l'épreuve de la mise en écrit : Ce que montre la proximité. *Langages*, 208, 113–126.
- Gadet, F. (1996). Une distinction bien fragile : oral/écrit. *Revue Tranel*, 25, 13–27.
- Ghaziuddin, M., Thomas, P., Napier, E., Kearney, G., Tsai, L., Welch, K., & Fraser, W. (2000). Brief report: brief syntactic analysis in Asperger syndrome: a preliminary study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(1), 67–70. doi.org/10.1023/A:1005416212615
- Gillberg, C. (1991). Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies. In *Autism and Asperger syndrome* (pp. 122–146).
- Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (1989). Asperger Syndrome - Some Epidemiological Considerations: A Research Note. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (The press, Vol. 30, pp. 631–638). Cambridge. doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00275.x
- Gillespie-Lynch, K., Kapp, S. K., Shane-Simpson, C., Smith, D. S., & Hutman, T. (2014). Intersections between the autism spectrum and the internet: Perceived benefits and preferred functions of computer-mediated communication. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(6), 456–469. doi.org/10.1352/1934-9556-52.6.456
- Gillet, P. (2013). L'autisme, un développement cognitif particulier. In *Autisme et psychomotricité* (pp. 103–116). Bruxelles: De Boeck.

- Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste* (O. Jacob). Paris.
- Grégoire, J. (2006). Propriétés métriques des tests de langage et leurs implications pratiques. In *Les bilans de langage et de voix* (pp. 14–26). Paris : Masson.
- Grice, H. P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30, 57–72. doi.org/10.3406/comm.1979.1446
- Happé, F. (1999). Autism: cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, 3(6), 216–222. doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01318-2
- Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome : findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 834–839.
- Jakobson, R. (1963). Linguistique et poétique. In *Essai de linguistique générale* (Editions d, pp. 208–248). Paris.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene and Guidance of Child*, 2, 217–250.
- Kato, S. (2011). Psychopathologie du syndrome d'Asperger et « aspérisation » de la société contemporaine. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5), 274–278. doi.org/10.1016/J.NEURENF.2010.12.002
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 185–212. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2745388>
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659–685. doi.org/10.1007/BF02172145
- Marandin, J. M. (1998). A propos de la notion de theme de discours. Elements d'analyse dans le recit. *Langue Française*, 78(1), 67–87. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/41558352>
- Mille, C. (2015). Réflexions sur la possible émergence d'un désir mimétique chez les personnes Asperger. *Psychiatrie Française*, 4, 5–25.
- Mises, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, C., Durand, B., Garrabé, J., ... Thevenot, J.-P. (2012). *Nouvelle édition de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *CIM 10–Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: Masson.

- Plumet, M.-H. (2014). *L'autisme de l'enfant : Un développement sociocognitif différent*. Paris : Armand Colin.
- Prior, M. R., & Hall, L. C. (1979). Comprehension of transitive and intransitive phrases by autistic, retarded, and normal children. *Journal of Communication Disorders*, *12*(2), 103–111. doi.org/10.1016/0021-9924(79)90033-9
- Rapin, I., & Allen, D. (1983). Developmental language disorders: Nosologic considerations. In *Neuropsychology of language, reading, and spelling* (pp. 155–184).
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *31*(2), 131–144. doi.org/10.1023/A:1010738829569
- Rondal, J.-A. (1997). *L'évaluation du langage*. Sprimont: P. Mardaga.
- Rumpf, A. L., Kamp-Becker, I., Becker, K., & Kauschke, C. (2012). Narrative competence and internal state language of children with Asperger Syndrome and ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, *33*(5), 1395–1407. doi.org/10.1016/j.ridd.2012.03.007
- Schovanec, J. (2017). *Rapport présenté à la Secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion sur le devenir professionnel des personnes autistes*. Paris. Retrieved from http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_josef_schovanec.pdf
- Schovanec, J. (2012). *Je suis à l'Est !*. Paris : Editions Plon.
- Shriberg, L. D., Paul, R., McSweeney, J. L., Klin, A., Cohen, D. J., & Volkmar, F. R. (2001). Speech and Prosody Characteristics of Adolescents and Adults With High-Functioning Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *44*, 1097–1115.
- Szatmari, P., Bremner, R., & Nagy, J. (1989). Asperger's Syndrome: A Review of Clinical Features. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *34*(6), 554–560. doi.org/10.1177/070674378903400613
- Tager-Flusberg, H., & Caronna, E. (2007). Language Disorders: Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Clinics of North America*, *54*, 469–481. doi.org/10.1016/j.pcl.2007.02.011
- Teston-Bonnard, S., & Véronis, J. (2004). Présentation du Corpus de référence du français parlé par l'équipe DELIC. *Recherches Sur Le Français Parlé*, *18*, 11–42. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01388193>
- Tonus, A. (2012). Syndrome d'Asperger: Un diagnostic précoce dans une entité syndromique discutée? *Annales Medico-Psychologiques*, *170*(7), 467–470. doi.org/10.1016/j.amp.2012.06.022

Volden, J., & Lord, C. (1991). Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(2), 109–130. doi.org/10.1007/BF02284755

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115. doi.org/10.1017/S0033291700053332

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des correspondances entre les différentes classifications (Coulon, 2016)

CIM-10	DSM-IV	DSM-V	CFTMEA-R
TED	TED	TSA	Psychoses précoces (TED)
Autisme infantile	Troubles autistiques	Inclus dans les TSA	Autisme infantile précoce - type Kanner
Autisme atypique			Autres formes de l'autisme : <ul style="list-style-type: none"> • Psychose précoce déficitaire • Retard mental avec troubles autistiques • Autres psychoses précoces ou autres TED • Dysharmonie psychotique
Syndrome de Rett	Syndrome de Rett		Troubles désintégratifs de l'enfance
Autres troubles désintégratifs de l'enfance	Troubles désintégratifs de l'enfance		
Troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies			
Syndrome d'Asperger	Syndrome d'Asperger	Inclus dans les TSA	Syndrome d'Asperger
Autres troubles envahissants du développement			
Trouble envahissant du développement non spécifié	Trouble envahissant du développement non spécifié	Inclus dans les TSA	

Annexe 2 : Critères diagnostic du DSM-IV

Le DSM-V reprend les critères diagnostic proposés par le DSM-IV, qui sont présentés ci-dessous.

A. Déficiences qualitatives dans les interactions sociales, manifestées par au moins deux des points suivants :

- Déficiences marquées dans plusieurs comportements non verbaux, jeux de regard, expression du visage, attitudes corporelles et gestes pour gérer les interactions sociales
- Echec pour nouer des relations sociales correspondant au niveau de développement
- Manque de spontanéité pour partager les plaisirs, les intérêts ou les réussites avec d'autres personnes (par exemple en ne montrant, apportant ou ne désignant pas les objets intéressants pour les autres)
- Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

B. Schémas restreints et répétitifs de comportement, d'intérêts et d'activités, manifesté par au moins un des points suivants :

- Attention portée sur un ou plusieurs schémas stéréotypés et restreints d'intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur nature
- Adhésion apparemment inflexible à des routines ou des rituels spécifiques et non fonctionnels
- Tics moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple battre des mains ou des doigts, les tordre, ou faire des mouvements complexes du corps tout entier).
- Préoccupation persistante pour certaines parties d'objets.

C. Les perturbations sont la cause de déficiences sociales cliniquement significatives, de déficiences dans les occupations ou dans d'autres domaines fonctionnels importants

D. Il n'y a pas de retard dans l'acquisition générale du langage (par exemple les mots utilisés à l'âge de deux ans, les phrases pour communiquer dès l'âge de trois ans)

E. Il n'y a pas de délai significatif de développement cognitif, dans le développement de l'aptitude à l'autonomie correspondant à chaque niveau d'âge, dans les comportements adaptatifs (autres que dans les interactions sociales), et dans la curiosité envers l'environnement de l'enfance

F. Les critères d'un autre Trouble Envahissant du Développement particulier, ou de la schizophrénie ne sont pas remplis.

De nombreux auteurs ont critiqué cette approche diagnostique en soulignant que leur clinique allait à l'encontre de certains points et que des aspects comme l'utilisation atypique du langage (Twachtman-Cullen, 1998) ou les spécificités sensorimotrice n'étaient pas explorées (Attwood, 2010). Ils préfèrent se référer aux critères de Gillberg (Attwood, 2010). Selon ce dernier, cliniquement, le diagnostic peut être posé lorsque le premier point « déficiences sociales est validé avec plus quatre des cinq autres critères (Gillberg, 2002).

- Déficiences sociales (égocentrisme extrême) (au moins deux critères suivants) :
 - Difficultés à interagir avec les autres
 - Indifférence aux contacts avec les autres
 - Difficultés à interpréter les indices sociaux
 - Comportement socialement et émotionnellement inappropriés
- Intérêts restreints (au moins un des critères suivants) :
 - Absence d'autres activités
 - S'en tient aux répétitions
 - Plus de par cœur que de compréhension du sens
- Besoin compulsifs de mettre en place des routines et des intérêts (au moins un des critères suivants) :
 - Qui affectent chaque aspect de la vie quotidienne de la personne
 - Qui affectent les autres
- Particularités de la parole et du langage (au moins trois des critères suivants) :
 - Retard d'acquisition du langage
 - Langage superficiellement parfait
 - Langage formel et pédant
 - Prosodie bizarre, caractéristiques particulières de la voix
 - Déficiences de compréhension incluant des interprétations erronées de significations littérales ou implicites
- Problèmes de communication non verbale (au moins un des critères suivants) :
 - Usage limité des gestes
 - Langage corporel maladroit ou gauche
 - Expression faciale limitée
 - Expression faciale inappropriée

- Regard particulier, fixe
- Motricité maladroite
 - Mauvaises performances aux tests de développement neurologiques

Annexe 3 : Formulaire de consentement pour l'observation



Pôle de PEDIATRIE
Centre de Ressources Autisme
de Picardie

4 Rue Grenier et Bernard
80000 Amiens
Secrétariat : ☎ 03.22.66.75.40
Télécopie : ☎ 03.22.66.75.99

**Formulaire de recueil de consentement
pour mon observation**

Je soussigné(é)..... né(e) le,.....

Demeurant à.....

Autorise l'équipe du Centre Ressources Autisme de Picardie à réaliser, des observations filmées des bilans et évaluations me concernant.

L'équipe du CRA de Picardie m'a précisé que ces films servaient à faciliter le travail d'analyse du bilan et que je suis libre d'accepter ou de refuser l'enregistrement vidéo de cette observation.

J'ai eu la possibilité d'être informé(e) pour comprendre clairement et précisément l'organisation et les conditions du travail d'observation. J'ai pu poser les questions que je souhaitais à propos de cet outil de recueil.

Cet accord ne décharge en rien l'équipe du Centre Ressources Autisme de Picardie de sa responsabilité. En effet, mon identité restera confidentielle et les données me concernant seront rendues anonymes. Elles ne pourront être consultées que par moi-même et par les membres de l'équipe du CRA de Picardie.

Je peux à tout moment obtenir des informations complémentaires auprès du Professeur MILLE.

Je peux interrompre la prise d'images à tout moment sans avoir à me justifier.

Seriez-vous, en outre, d'accord pour que nous utilisions de façon très ponctuelle ces observations filmées à des fins de recherche et d'enseignement ?

Je suis d'accord

Je ne suis pas d'accord

Fait à Le.....

Signature

(précédé de la mention :Lu et approuvé)

Annexe 4 : Fiche explicative de l'Autism Diagnostic Observation Schedule



Centre ressources autismes Nord-Pas de Calais
Parc Eurasanté
150 rue du Docteur Alexandre Yersin
59120 LOOS
Tél. : 03.20.60.62.59
Fax : 03.20.60.62.50
Mail : autismes.ressources@cra-npdc.fr
Site web : <http://www.cra5962.org>

ADOS **(Autism Diagnostic Observation Schedule)**

Cette fiche a été réalisée en collaboration avec des professionnels de terrain et a été validée par le Comité Technique et Scientifique du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais. Elle est la propriété du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais et peut être librement utilisée, à la condition de l'attribuer à son auteur en citant son nom (centre ressources autismes Nord-Pas de Calais) et de ne pas en faire d'utilisation commerciale. Toute modification de cette fiche est également interdite.

Veillez noter que les informations contenues dans cette fiche ne constituent pas une validation de cet outil par le centre ressources autismes Nord-Pas de Calais.

TYPE :

- Outil de confirmation diagnostique
- Outil spécifique à l'autisme et aux troubles apparentés

ELABORATION :

Catherine Lord et al. , 1989, 1994, 2001)

TRADUCTION / ADAPTATION :

Cet outil est aujourd'hui disponible en version française (adaptation par l'équipe de Bernadette Rogé).

POPULATION CONCERNÉE :

Enfants à partir de 2 ans ou adultes de différents âges développementaux pouvant aller de l'absence de langage à la présence d'un langage complexe.

DESCRIPTION DE L'OUTIL :

L'ADOS est un outil d'observation semi-structuré.

L'ADOS se base sur l'observation de la communication, des interactions sociales réciproques, du jeu, des comportements stéréotypés et des intérêts restreints.

Cette fiche a été réalisée en collaboration avec des professionnels de terrain et a été validée par le Comité Technique et Scientifique du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais. Elle est la propriété du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais et peut être librement utilisée, à la condition de l'attribuer à son auteur en citant son nom (centre ressources autismes Nord-Pas de Calais) et de ne pas en faire d'utilisation commerciale. Toute modification de cette fiche est également interdite.

L'ADOS comporte quatre modules correspondant à différents niveaux de développement langagier. Chaque module possède son propre protocole avec des activités pour enfants et adolescents.

Un seul module est administré. L'examineur le sélectionne en fonction de l'âge chronologique et du niveau de langage expressif.

Le module 1 est destiné à des enfants non verbaux ou dont le niveau de langage ne dépasse pas celui de phrases rudimentaires.

Le module 2 s'applique à des enfants accédant à un niveau de langage qui va des petites phrases de trois mots y compris des verbes, utilisées de manière régulière et spontanée, à des phrases dépassant le contexte immédiat et comportant des connexions logiques.

Le module 3 est utilisé pour des enfants ou des adolescents qui utilisent un langage fluide ; Il comporte une partie d'observation durant un jeu interactif et des questions destinées à recueillir de l'information sur la communication sociale.

Le module 4 s'applique, quant à lui, à des adolescents et adultes dont le langage est le plus élaboré et est surtout fait à partir de questions et de conversation.

ADMINISTRATION / COTATION / NOTATION :

30 à 45 minutes de passation pour chaque module ;

Outil qui requiert une formation et un entraînement spécifiques ;

Les résultats sont codifiés et interprétés en fonction d'un seuil correspondant au diagnostic d'autisme ou de troubles envahissants du développement suivant un modèle similaire à la CIM 10 ou au DSM IV ;

Des critères de notation précis permettent d'attribuer des notes qui vont de 0 à 3 pour chaque item :

- La note 0 est attribuée lorsque le comportement ne présente pas les anomalies spécifiques aux troubles envahissants du développement ;
- La note 1 est attribuée lorsque le comportement est légèrement anormal ou légèrement inhabituel ;
- La note 2 correspond à un comportement nettement anormal ;
- La note 3 est attribuée pour un comportement franchement anormal, au point que cela interfère avec l'interaction. Cette note peut aussi correspondre à un comportement si limité que l'appréciation de sa qualité sociale est impossible.

Deux autres notations correspondent à des situations où le comportement ne sera pas retenu : 7 lorsqu'il existe une anomalie mais qui ne concerne pas les troubles envahissants du développement, 8 lorsque le comportement est absent et que la cotation est donc inapplicable.

L'ADOS doit toujours être complétée par un entretien des parents pour confirmer le diagnostic.

INTÉRÊTS DE L'OUTIL :

La plus grande force de l'ADOS est la standardisation de la méthode et du codage. Cependant l'usage final de l'instrument dépend du jugement clinique de son administrateur.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

- Il est intéressant de combiner ADI-R et ADOS dans la démarche diagnostique ;

Cette fiche a été réalisée en collaboration avec des professionnels de terrain et a été validée par le Comité Technique et Scientifique du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais. Elle est la propriété du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais et peut être librement utilisée, à la condition de l'attribuer à son auteur en citant son nom (centre ressources autismes Nord-Pas de Calais) et de ne pas en faire d'utilisation commerciale. Toute modification de cette fiche est également interdite.

Articles de référence :

LORD, C.; RUTTER, M.; GOODE, S. ; HEEMSBERGEN, J. ; JORDEN,H ; MAWHOOD,L.; SCHOPLER, E. (1989)
Autism Diagnostic Observation Schedule : A standardized Observation of communicative and Social Behaviour
Journal of Autism and Developmental Disorders, 19, 185-212.

MATERIEL :

- 16 cahiers d'observation/notation
- Manuel
- Mallette comprenant le matériel nécessaire à l'administration

Pour se procurer le test :

- **Western Psychological Services (WPS)**
12031 – Wilshire-bld. –Los Angeles, CA 90025-1251
Telephone Numbers : 800-648-8857 (U.S. and Canada only) /310-478-20616 Fax Number : 310-478-7838
http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53_70384&_dad=portal&_schema=PORTAL
- **Editions Hogrefe France**
75, Avenue Parmentier
F-75011 Paris
Téléphone +33 (0)1 40 21 42 07
Fax +33 (0)1 40 21 42 18
contact@hogrefe.fr

ORGANISMES DE FORMATION :

- **Association CERESA** (Centre Régional, d'Education et de Services pour l'Autisme en Midi-Pyrénées) :
60 chemin Commandant Joël Le Goff
31100 TOULOUSE
FRANCE
Tél. : 05 61 16 53 43
<http://www.ceresa.fr>

Date de création de la fiche : 14/09/2007

Dernière mise à jour de la fiche : 25/05/2009

Cette fiche a été réalisée en collaboration avec des professionnels de terrain et a été validée par le Comité Technique et Scientifique du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais. Elle est la propriété du centre ressources autismes Nord-Pas de Calais et peut être librement utilisée, à la condition de l'attribuer à son auteur en citant son nom (centre ressources autismes Nord-Pas de Calais) et de ne pas en faire d'utilisation commerciale. Toute modification de cette fiche est également interdite.

Annexe 5 : Extraits d'une transcription vidéo

Fiche signalétique de la transcription

Lieu d'enregistrement : Amiens

Transcripteur : Vanille Berthomier

Type de parole : entretiens semi-dirigés issus de l'Autist Diagnostic Observation Schedule

Prononciation particulière : retranscrites à l'aide du protocole DELIC

Locuteurs : Un psychologue (P) et le sujet (S)

- on va s'intéresser maintenant aux difficultés sociales vraiment et là vraiment revenir à la période école euh collège euh lycée globalement est ce que vous diriez que vous aviez du mal à vous entendre avec les autres au collège ou au lycée pas de relations très peu peu de relations mais je ne peux pas dire que c'était non plus euh + hum + j'ai pas du tout mal- en fait ce que j'ai mal vécu
- P oui
- S en fait c'est euh + les- le comportement des autres élèves qui pouvaient avoir un- que j'ai eu j'ai- j'ai vécu des situations de harcèlement ce genre de trucs voilà ça c'était dur parce que j'étais < le
- P ça prenait quelle forme > ce harcèlement on vous < insultait alors je > m'appelle *N* alors je ne sais pas si dans les années 90 vous avez connu euh
- S euh c'était chez les Nuls *N* est un con vous connaissez
- P ah oui < je vois c'était dans les années 90 c'était un truc à la mode > c'était dans- c'est parti d'une émission sur canal des Nuls il y avait un personnage récurrent en fait
- S oui et < donc ça faisait et donc > il était très maladroit ah et *N* *N* est vraiment con ah aujourd'hui qu'est ce qu'il a fait voilà et-et alors le problème c'était que euh je m'appelle *N* et je suis [ef]fectivement quelqu'un de très très très maladroit effectivement
- P donc du coup < c'est donc du coup > dès que je faisais un truc c'était ah *N* *N* il est vraiment très con et
- S c'était repris par tout le monde
- P d'accord

et j'ai euh vécu très mal donc c'était le collègue à cause de ça c'était un harcèlement plutôt
S verbal oral
P et continué quoi
continué au collègue j'ai eu aussi quelques agressions physiques mais moins il y a que
trois ou quatre fois où je me suis fait euh frapper menacer etc il y a eu un peu de racket au
S lycée où euh
P d'accord
vraiment c'était dur + mais euh dans l'ensemble je dirais que euh c'est des épreuves que
S j'ai surmontées j'ai- j'ai mis au point des stratégies pour euh
P elles ont été opérantes vos < stratégies
ça été > oui mais euh + par exemple euh + le truc euh très tôt j'ai eu conscience que l'être
humain est un animal social même hyper social du coup on ne peut pas être solitaire on ne
S peut pas être seul si on est seul fin la règle numéro un de la survie c'est faut être en groupe

Annexe 6 : Extraits des corpus oraux des patients de la cohorte

Légende

Rouge : termes faisant référence à soi

Surligné : termes faisant référence aux émotions et ressentis

Patient 1

Quand j'étais en maternelle ça remonte loin

j'avais déjà des problèmes relationnels

malgré ça j'essayais d'aller vers les autres tout le temps

et ça ne marchait pas

quelques fois ça marchait

mais le plus souvent ça ne marchait pas

que ce soit à l'école maternelle ou à l'école primaire au collège et au lycée

c'était pareil

qu'ils m'insultaient

moi j'essayais de répondre mais malgré ça ils continuaient ils faisaient exprès de m'embêter

peut être parce que j'étais sensible

Patient 2

il y a que quand j'étais plus petite moi je ne sais pas jouer moi je préfère regarder les nuages

je ne vois pas l'intérêt jouer ça m'apprend rien

ils touchent

ils font la bise ou ils parlent tous en même temps

ils disent **qu'ils t'aiment bien** et après quand tu n'es plus là ils disent **qu'ils t'aiment pas** et après le lendemain ils te redisent **moi je n'aime pas** quelqu'un **je** lui dis **je ne t'aime pas** et **je** ne lui parle plus

Patient 3

Je n'ai pas une personnalité très forte donc si quelqu'un a envie vraiment de quelque chose et qu'il commence à s'énerver **je** le laisse faire

Je n'essaye pas de je sais pas pourquoi

Je n'aime pas trop parler du coup **je** ne suis pas trop quelqu'un de bavard **qui aime bien discuter de sa vie** du coup pour les approches avec les personnes faut discuter ça passe par là d'abord ça pose un petit problème

c'est eux qui commencent à discuter avec **moi** et **moi je** discute sur ce qu'ils parlent

c'est jamais **moi**

Patient 4

l'illogique le fait de trahir pour **moi** l'amitié comme **je** le conçois **personnellement** ça doit être un lien très fort qui s'absout de tout jugement et tout caractère illogique dit social

le mensonge dans l'amitié pour **moi** n'est pas possible non plus puisque le but de l'amitié justement c'est une création bilatérale donc de deux individus en termes de sujets en termes d'idées en termes de réflexions le but étant d'avancer dans la philosophie mais au sens sagesse

or si les interactions prennent une tournure sociable comme il est vérifiable dans certaines interactions dans la majorité plutôt des interactions ça peut pas être possible

donc cela **m'énerve** au plus haut point

Cela **me met hors de moi** énormément et là par contre **je** peux **haïr** la personne

Patient 5

le travail le plus long que j'ai fait c'était à ?

le travail en équipe pendant six mois c'est vrai que la première c'est assez rapide ? vu qu'on a des instructions précises ça va la première semaine ça passe et puis après ça dépasse pas la politesse et puis j'ai eu des petits soucis pour communiquer il y a certains collègues ça passe pas du tout

je dirais sur dix personne il y en a une je m'entends plus assez bien

en général il y a toujours au moins une personne qui est assez tolérante et qui parle de tout et de n'importe puis le reste c'est assez froid et où ça dépasse pas la politesse puis il y en a certains qui sont complètement intolérants

Patient 6

je ne m'appesantis pas nécessairement sur mes difficultés sur certains trucs après je sais qu'à la fois je ne pourrais pas bosser constamment en télétravail parce que je finirais par faire de la phobie sociale et paraître ne plus vouloir sortir de chez moi et en même temps je ne suis pas capable d'être constamment dans l'entreprise c'est parce que le truc j'ai beau aimer les gens le truc est présent et que si après je n'arriverais plus à maîtriser ce truc qui me force à sortir de chez moi depuis des années ce n'est pas un besoin et en même temps j'ai beau apprécier c'est un exercice fatigant et que les gens ont des attentes

j'aime bien les gens mais ça n'a rien à voir avec un besoin

à l'école maternelle j'avais déjà des soucis à m'entendre avec les autres

Patient 7

peu de relations mais je ne peux pas dire que c'était non plus j'ai pas du tout mal

en fait ce que j'ai mal vécu

c'est le comportement des autres élèves qui pouvaient avoir j'ai vécu des situations de harcèlement

je m'appelle ? alors dans les années 90 chez les Nuls ? est un con

dans les années 90 c'était un truc à la mode c'est parti d'une émission sur canal des Nuls il y avait un personnage récurrent

Légende

Souligné : Termes faisant référence à soi

Surligné : Termes faisant référence aux émotions et ressentis

Patient 1

- Au niveau communication, j'ai du mal à participer¹ à une conversation et à comprendre l'humour,²⁰ je pense que c'est dirigé contre moi.²² **3**
J'ai tendance à répéter ce que les autres disent.³⁰ **4**

- J'ai des difficultés relationnelles au niveau du contact⁴ avec les autres, lorsqu'on veut chahuter gentiment⁵⁵ avec moi, ça me dérange, je recule et si on insiste je pars, c'est plus fort que moi.⁷⁰ **10**

11. 01. 1 - 0 - 1

Patient 2

Angisses : les nombres surtout les nombres impairs **8**

J'ai appris par cœur pour pas me tromper beaucoup de choses ²⁰ **2**
Quelles sont les principales difficultés actuelles ? je dois répéter tout dans ma ²⁶ **4**
stéréotypies. hâte avant d'agir et pendant ³²
incompréhension. ³⁴ que j'agis. ³⁵ **5**

Communication verbale et avec outils communication ⁴³
Angisses (aussi pour des matières comme le coton, la maille à rose et etc ⁵⁴

Dans les interactions sociales : professionnelles ⁷⁴
Obsession - fascination - (les mots) les mots tambours et mélodie ⁸³
Repérage espace temps - hypersensibilité au bruit à des ⁹³
je ne peux pas être dans ma tête et dans l'extérieur ⁹⁵ **11**
en même temps - Contact physique. ¹¹²

so nuages
l'eau
la musique
ma guitare
non d'embr
mes livres ⁶⁹

Patient 3

je me suis toujours senti différent des autres depuis que je suis
très petit. 22 6

- dans la vie de tout les jours, je suis souvent face à des situations
que je ne comprend pas (ex : des personnes qui pleure parce qu'il ont eu
de mauvaise note, quand il perde des proche, et même ~~des~~ lors des
attempts du 13/11/2015), tout ça est insignifiant pour moi. 30 9

Patient 4

Description des difficultés d'interaction sociale

Avant mon entrée dans le premier système social qu'est l'école je ne me rappelle pas
avoir prêté attention à des problèmes spécifiques d'adaptation sociale. Seulement avec le temps
mes incompréhensions n'ont arrêté de croître et encore à ce jour beaucoup de codes sociaux
m'échappent.

- Les symptômes (observés et rapportés)

Les symptômes que je citerais ci-dessous sont soit issus de ma capacité mnésique soit des
rapports faits à mes parents (de la part des enseignants, d'autres enfants). installerai donc
pour effectuer une dichotomie des deux sources un symbolique spécifique à chacune d'entre elle.

Patient 5

Bonjour, je cherche avant tout à savoir si oui ou non je suis autiste et donc de suivre un
dépistage ; j'ai appelé le CRA à mon initiative et sans prendre l'avis de ma famille ou d'un
médecin. 40 5

Les raisons pour lesquelles je pense être autiste : 48 6

- depuis la primaire toujours peu d'amis, je suis toujours relativement isolé 60 9
- difficulté social à comprendre ou à me faire comprendre (parfois même avec ma
famille) et en communication (j'ai suivi un orthophoniste étant jeune pendant un
temps) 27 10
- Je préfère rester chez moi seul ou non ; je refuse souvent des voyages ou même
des fêtes (amis ou famille) 107 13

Patient 6

Il est plus aisé de me contacter par email car j'ai des horaires très décousues lorsque je suis au travail, je fais 119 16 environ 50 heures par semaine (je travaille sur paris) plus les transports en commun. 133 19
Néanmoins, cette semaine, je suis bloquée par la neige et je suis en télétravail, bien obligé ; aussi, je suis 152 20 joignable sur mon fixe. 156 21
ça ne se passe pas très bien au niveau du travail en ce moment, depuis que l'on discute de signer le nouveau 179 contrat (mon contrat arrive à son terme fin avril et il avait été question d'un CDI à mon embauche) et que 201 23 l'on me parle maintenant de CDD et nouvelles périodes d'essai... (ou de nouveau CDD comme période 24 d'essai...) 221

Patient 7

Ma préoccupation principale actuellement est d'obtenir le plus vite possible un 12 1 diagnostic; dans ce but j'ai besoin de rencontrer un VRAI psychiatre (et non pas un 29 2 psychanalyste déguisé en psychiatre, je sais, ça fait arrogant mais c'est ce que je 43 4 ressens). 44

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>FIGURE 1 : DIAGRAMME DES FLUX DU RECRUTEMENT DE LA POPULATION</i>	28
<i>FIGURE 2 : REPARTITION DE LA POPULATION PAR GENRE</i>	30
<i>FIGURE 3 : VIGNETTES CONCERNANT LES DIFFERENTS SUJETS</i>	30
<i>FIGURE 4 : PRODUCTION D'ECRIT SPONTANE PARMIS LES SUJETS ADULTES AVEC DIAGNOSTIC DE SYNDROME ASPERGER</i>	40
<i>FIGURE 5 : RESUME DE LA COMPARAISON DES NOMBRES DE MOTS PAR PATIENT</i>	41
<i>FIGURE 6 : RESUME DE LA COMPARAISON DES NOMBRES DE THEMES PAR PATIENT</i>	42
<i>FIGURE 7 : FREQUENCE D'OCCURRENCE DES TERMES RENVOYANT A SOI (ORAL/ECRIT)</i>	43
<i>FIGURE 8 : FREQUENCE D'OCCURRENCE DES TERMES FAISANT REFERENCE AUX EMOTIONS ET RESSENTIS (ECRIT/ORAL)</i>	44
<i>TABLEAU 1 : CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION</i>	29
<i>TABLEAU 2 : RECAPITULATIF DES SUJETS DE LA COHORTE</i>	32
<i>TABLEAU 3 : CRITERES D'ANALYSE QUANTITATIVE ET REFERENCES DANS LA LITTERATURE</i>	35
<i>TABLEAU 4 : NOMBRE DE MOTS (ORAL/ECRIT)</i>	40
<i>TABLEAU 5 : THEMES ABORDES DANS LES DIFFERENTS CORPUS</i>	41
<i>TABLEAU 6 : NOMBRE DE THEMES (ORAL/ECRIT)</i>	42
<i>TABLEAU 7 : FREQUENCE D'OCCURRENCE DES TERMES RENVOYANT A SOI</i>	43
<i>TABLEAU 8 : FREQUENCE D'OCCURRENCE DES TERMES FAISANT REFERENCE AUX EMOTIONS ET AUX RESSENTIS (ORAL/ECRIT)</i>	44

RESUME

Titre : *Récit de soi : les adultes Asperger sont-ils plus habiles à l'écrit ? Analyse de courriers personnels adressés au CRA de Picardie.*

Ce mémoire propose l'analyse de corpus oraux et écrits chez les autistes Asperger diagnostiqués par le CRA de Picardie. Il s'agit ici de recherches autour de données naturelles pour comparer l'usage de ces deux modalités pour parler de soi, notamment autour de l'expression de leurs ressentis et émotions. Des critères de comparaison et d'analyse, se portant à la fois sur des aspects quantitatifs et qualitatifs, ont été établis pour répondre à trois hypothèses principales et trois hypothèses opérationnelles. Dans un premier temps, il a été réfuté qu'une majorité des personnes majeures obtenant un diagnostic d'autisme Asperger au CRA de Picardie avaient au préalable envoyé un courrier personnel puisque seuls 47% d'entre eux l'ont fait. Par ailleurs, la facilité des autistes Asperger à s'exprimer par écrit ne s'est pas traduite par une quantité de mots supérieure puisque 51% des patients sont plus prolixes à l'oral qu'à l'écrit. Enfin nous avons supposé que les autistes Asperger aborderaient davantage leur monde interne et subjectif à l'écrit, et en effet près de 86% des sujets de la cohorte ont abordé plus de thèmes à l'écrit, 57% ont utilisé davantage de termes renvoyant à eux à l'écrit qu'à l'oral et environ 86% ont abordé proportionnellement davantage d'émotions et de ressentis à l'écrit qu'à l'oral. Toutefois, l'absence de groupe contrôle ainsi que le nombre trop restreint de la cohorte analysée dans cette étude ne permettent pas de généraliser nos observations à l'ensemble de la population des autistes Asperger français.

Mots clés : Autisme, Asperger, récit de soi, écrit/oral, langage, linguistique

ABSTRACT

Title: *Self-narration: are adults Asperger's more comfortable at writing? Analysis of personal mails addressed to the CRA de Picardie.*

This thesis presents an original analysis of "natural" oral and written corpora by adults with Asperger syndrome diagnosed by the CRA de Picardie. This research based on natural data, aims to compare the use of the two modes of communication in self-narration, especially with regard to feelings and emotions. Comparison and analysis criteria, which addressed both quantitative and qualitative aspects, were established to address three main assumptions and three operational ones. Firstly, the assumption that a majority of adults diagnosed with Asperger's in the CRA de Picardie had previously sent a personal mail was disproved, since only 47% of them had done so. In addition, the supposed ease with which subjects with Asperger's write was not borne out by the analysis of the quantity of written words, as 51% of patients were more verbose orally than when writing. Finally, we had assumed that adults with Asperger's would mention their internal and subjective world more in writing, and nearly 86% of the subjects in the cohort discussed these themes in writing. 57% used more terms referring to themselves in writing than they did orally and about 86% described more emotions and feelings in writing than orally. The absence of a control group and the small number of patients within the study cohort indicate that it may not be possible to extrapolate these observations to the whole population of French adults with Asperger syndrome.

Key Words : Autism, Asperger, self-narration, written/oral, language, linguistic

Nombre de pages du mémoire : 86

Nombre de références bibliographiques : 57