

Évaluation de la parole, du langage et de la communication dans les troubles du spectre de l'autisme

Rhea Paul, Kaitlyn P. Wilson

Dans ses premières descriptions de l'autisme, Kanner (1943, 1946) a mis en évidence des schémas de communication atypiques qui continuent d'être au cœur du diagnostic des troubles du spectre autistique (TSA) avec le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013 ; trad. fr. Elsevier Masson, 2015). Qu'ils soient verbaux ou non verbaux, les déficits de communication sont un symptôme fondamental des TSA. Certaines personnes atteintes de TSA peuvent commencer à parler à un âge plus tardif que d'habitude, ou rester non verbales toute leur vie ; d'autres peuvent acquérir des aptitudes verbales dont la productivité est minimale, et apprendre à prononcer des mots et des phrases, sans pouvoir les utiliser efficacement. Ce chapitre explore comment la communication et ses composantes (c'est-à-dire la parole, le langage et la pragmatique) sont évaluées dans le double but d'établir un diagnostic de TSA et de déterminer les objectifs d'intervention appropriés en matière de communication pour les enfants atteints de TSA. Toutefois, avant d'entamer cette discussion, il faut définir un groupe de termes clés associés à ce domaine de fonctionnement. Ces termes et leurs relations sont représentés graphiquement dans la figure 7.1.

Le terme « communication » est un terme général qui désigne toutes les formes d'envoi et de réception de messages, que ce soit par l'utilisation du langage parlé, des gestes, du langage corporel, du langage écrit ou de la langue des signes. Le « langage » représente un type particulier de communication impliquant la formulation d'idées et de messages au moyen de combinaisons

de mots fondées sur des règles. La « parole » est l'expression du langage par l'utilisation de sons produits par des actions orales. Il est important de se rappeler que d'autres modes que la parole sont utilisés pour exprimer des idées fondées sur le langage, comme l'écriture ou le langage des signes. Dans la discussion qui suit sur la communication et son évaluation chez les enfants atteints de TSA, il sera important de tenir compte de ces distinctions, car les évaluations de la communication, du langage et la parole sont des processus distincts. En fait, les TSA fournissent un modèle utile pour comprendre la différence entre la communication et la langue, car les personnes atteintes de TSA peuvent acquérir des compétences linguistiques mais s'avérer incapables d'utiliser le langage pour communiquer (Kim, Paul, Tager-Flusberg et Lord, 2014).

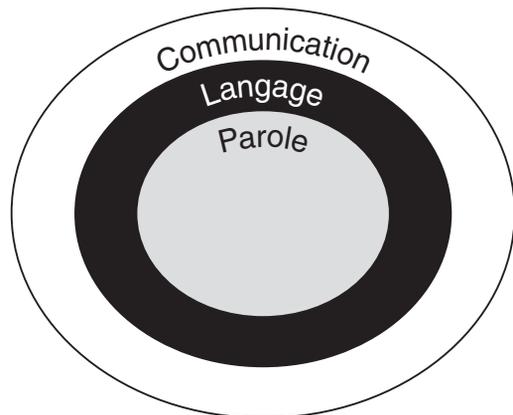


Figure 7.1. Domaines de la communication.

Évaluation des compétences

en communication prélinguistique

Au cours des premières années de la vie, les enfants peuvent présenter des signes précoces de déficits de la communication caractéristiques des TSA, mais les diagnostics de TSA ne sont généralement pas établis avant l'âge de 2 à 4 ans (Centers for Disease Control and Prevention, 2016 ; Chawarska, Klin, Paul et Volkmar, 2007 ; Woods et Wetherby, 2003). Ainsi, l'évaluation des habiletés de communication au cours des premières années de la vie est fondée sur le développement atypique ou la présence de comportements associés, décelés dans des études rétrospectives quand un diagnostic de TSA a été confirmé plus tard dans la petite enfance (Klin, Volkmar et Sparrow, 1992 ; Volkmar, Stier et Cohen, 1985 ; Baranek, 1999 ; Maestro et al., 2002 ; Osterling, Dawson et Munson, 2002), bien que quelques études se soient appuyées sur des observations directes (par exemple Charman et al., 2003 ; Lord et Risi, 2000 ; Wetherby et al., 2004). La recherche a suggéré que le développement atypique de certaines habiletés de communication précoce est fortement corrélé au risque de TSA. Il s'agit notamment de déficits dans l'attention portée aux personnes, dans le sourire social et dans le partage des affects, ainsi que dans les formes pré-verbales de communication sociale, notamment l'utilisation du regard et des gestes pour partager son attention sur des objets (attention conjointe ; par exemple Baron-Cohen et al. 1996 ; Charman et al. 1997 ; Lord, 1995 ; Mundy, Sigman, Ungerer et Sherman, 1987 ; Swettenham et al., 1998 ; Wetherby et al. 2004). Les troubles de la communication comprennent une réactivité à la parole qui est limitée, un retard dans le développement du langage et l'utilisation du corps des autres comme outil (Lord, 1995 ; Wetherby et al., 2004). Dans une étude, Baron-Cohen et al. (1996) ont établi un lien entre l'absence de trois compétences clés en communication précoce (c'est-à-dire le pointage protodéclaratif, le monitoring visuel et le jeu simulé) et un risque réel de TSA à 18 mois.

Il peut être difficile d'évaluer les habiletés de communication précoce, car il faut analyser de nombreux comportements subtils et observer attentivement la présence et la nature (par exemple souplesse, pertinence) des divers aspects de la

communication. Les aspects communicatifs évalués sont généralement considérés dans les catégories suivantes : la fréquence des tentatives de communication, les fonctions de ces tentatives, les moyens utilisés pour atteindre les objectifs de communication et le niveau de réceptivité aux tentatives de communication des autres. Ces aspects communicatifs sont abordés ci-dessous et, à l'intérieur de chaque paragraphe, les considérations suivantes sont soulignées : les signes d'un développement normal de la communication, les signes d'un éventuel TSA et les méthodes d'évaluation.

Fréquence de la communication

Selon les repères du développement, les enfants se développant normalement amorcent la communication à un rythme de deux actes/minute à 12 mois, et de sept actes/minute à 24 mois (Chapman, 2000). Comme ces données l'illustrent, la deuxième année de vie s'accompagne généralement d'une forte augmentation du nombre d'actes de communication, qu'il s'agisse de gestes pré-verbales, de vocalisations ou de mots. Chez les enfants atteints de TSA, un taux réduit d'actes de communication préverbaux (Wetherby, Prizant et Hutchinson, 1998) est observé au cours de cette période de développement précoce. De plus, les enfants atteints de TSA omettent souvent d'entrer en contact avec les autres pour communiquer leurs intérêts ou leur plaisir, ce qui entraîne une fréquence plus faible de tentatives de communication que celle des enfants au développement normal.

L'évaluation de la fréquence de la communication implique l'enregistrement du nombre d'actes de communication intentionnels accomplis par un enfant au cours d'une certaine période ou dans un certain contexte de communication. Par exemple, si un enfant et la personne qui s'en occupe sont engagés dans une routine de soins (par exemple habillage, bain, alimentation) pendant une période déterminée (généralement 10 à 15 minutes aux fins de l'évaluation), un observateur enregistre le nombre de communications volontaires qui sont initiées par l'enfant. Au cours de cette observation, l'observateur ne doit compter que les actes amorcés par l'enfant, et seulement ceux qui répondent aux critères de la communication intentionnelle, c'est-à-dire qu'ils doivent :

- consister en un geste, une vocalisation ou une production verbale ;

- être dirigés vers une autre personne, avec le regard, le toucher, le geste ou le mouvement vers la personne ;
- être interprétables comme un message ou une fonction de communication, comme une demande, une protestation ou une direction de l'attention d'une personne pour créer une attention commune ou s'engager dans une interaction sociale.

Plusieurs mesures ont été élaborées pour donner à l'enfant des occasions précises, ou des tentations, de communiquer. Par exemple, les Échelles de communication et de comportement symbolique (*Communication and Symbolic Behavior Scales* [CSBS]; Wetherby et Prizant, 2002) incitent l'enfant à communiquer une demande d'aide (par exemple geste, vocalisation, regard) lorsqu'il est incapable d'ouvrir une boîte contenant un objet souhaité. Le nombre de fois que l'enfant réagit à ces occasions de communication est ensuite observé et enregistré. D'autres exemples d'échelles qui utilisent ce format comprennent les *Early Social Communication Scales* (ESCS; Mundy, Hogan et Doehring, 1996) et le *Prelinguistic Communication Assessment* (PCA; Stone, Ousley, Yoder, Hogan et Hebpurn, 1997).

Récemment, de nouvelles méthodes d'enregistrement et d'analyse automatisés des vocalisations des enfants ont été développées (Oller et al., 2010; Warlaumont, Richards, Gilkerson et Oller, 2014). Ces méthodes permettent des enregistrements plus longs, dans des environnements plus naturels (par exemple à la maison), et peuvent donc offrir de nouvelles perspectives sur le développement du discours pendant la petite enfance. Bien que ces méthodes soient beaucoup plus efficaces que les transcriptions détaillées des vocalisations d'enfants, leur validité est encore à établir (par exemple le nombre d'actes de communication générés par le logiciel automatisé correspond-il aux nombres transcrits par des observateurs qualifiés ? Comment le logiciel fait-il la distinction entre la vocalisation des enfants, les voix adultes et les sons environnementaux ?) et elles ne permettent pas d'établir clairement une intentionnalité de communication.

Fonctions de la communication

Les fonctions communicatives « proto-impératives » (actes visant à contrôler les actions d'autrui)

et « protodéclaratives » (actes visant à créer une interaction sociale ou une attention conjointe) sont observées chez des enfants au développement normal à 18 mois. Bruner (1977) regroupe ces intentions en trois fonctions générales :

1. *Régulation* : demandes et protestations.
2. *Commentaires* : attirer l'attention sur des objets et des activités d'intérêt, dans le but de créer une attention conjointe.
3. *Interaction sociale* : se vanter, attirer l'attention sur soi ou rechercher le réconfort ou l'attention des autres.

Chez les enfants âgés de 18 à 24 mois, des fonctions communicatives plus avancées apparaissent généralement, et une compréhension de la structure de la conversation devient apparente. Au cours de cette étape, les enfants se développant normalement commencent à écouter davantage le discours des autres et à reconnaître la nature réciproque du discours. Ainsi, les fonctions communicatives acquises à cette époque sont ce que Chapman (1981, 2000) a appelé des « fonctions discursives ». Ces fonctions discursives comprennent ce qui suit :

- *demandes d'information* : le recours au langage pour obtenir des informations sur le monde. Au début, cette fonction peut consister en des demandes de noms de choses (c'est-à-dire des étiquettes : « Quoi ça ? »). À un stade ultérieur, ces demandes peuvent commencer à inclure des mots interrogatifs¹, des intonations ascendantes, ou les deux ;
- *confirmations* : reconnaître que l'énoncé précédé a été reçu, par des comportements tels que l'imitation verbale, l'imitation non verbale d'un modèle d'intonation, ou des hochements de tête ;
- *réponses* : répondre à la demande d'information d'une autre personne par une remarque sémantiquement appropriée.

Comparativement aux enfants au développement classique, les enfants atteints de TSA présentent une gamme limitée de comportements de communication. Les enfants atteints de TSA utilisent principalement des fonctions de régulation (c'est-à-dire demandes ou protestations), avec un usage limité de la communication à des fins d'interaction sociale, de commentaires ou pour établir une

1 En anglais, « *wh-* words » (*who, what, when, where, why, etc.*). (NdT)

attention conjointe (Mundy et Stella, 2000). Cette constatation reflète la conclusion similaire de Woods et Wetherby (2003) selon laquelle la plupart des enfants atteints de TSA présentent des déficits précoces dans l'utilisation de l'attention conjointe.

Les méthodes proposées pour évaluer la fréquence des actes de communication peuvent être appliquées de la même manière pour apprécier les fonctions de communication. Le but de l'évaluation des fonctions de communication est de déterminer l'éventail de ces fonctions utilisées par l'enfant. Cela peut se faire par l'observation de l'enfant dans divers contextes de communication, qu'il s'agisse d'activités de soins ou de situations de jeu. Les données peuvent être enregistrées en marquant la fréquence de chacune des fonctions énumérées ci-dessus, ou en utilisant l'une des échelles de communication citées précédemment.

Moyens de communication

Les premiers moyens de communication comprennent le regard, le « babillage » (c'est-à-dire des vocalisations ressemblant à du discours) et les gestes conventionnels (comme pointer, montrer et agiter la main). Les nourrissons commencent généralement à utiliser des gestes tels que pointer du doigt entre l'âge de 6 et 10 mois (Zinober et Martlew, 1985). On s'attend également à ce que les babillages et des « proto-mots » (c'est-à-dire des modèles cohérents de vocalisation utilisés pour exprimer une signification) soient utilisés avant le début de la parole.

La recherche suggère que les enfants atteints de TSA utilisent des moyens de communication non conventionnels lorsqu'ils sont nourrissons et tout-petits. Au lieu d'utiliser un geste conventionnel, comme pointer du doigt, pour montrer ou demander un objet, un enfant atteint de TSA peut tenter d'atteindre le même dessein de communication en utilisant des gestes non conventionnels (Dawson, Meltzoff, Osterling, Rinaldi et Brown, 1998 ; Stone et al., 1997). Un exemple de moyen non conventionnel est un enfant qui veut une tétine et, au lieu de montrer du doigt pour demander l'objet, tire la main de la personne qui s'occupe de lui vers la tétine. On a également constaté que les enfants atteints de TSA présentent des taux plus faibles de babillage et d'autres vocalisations préverbaux, ainsi que des vocalisations atypiques (Esposito, Nakazawa, Venuti et Bornstein, 2013 ; Patten

et al., 2014 ; Sheinkopf, Mundy, Kimbrough-Oller et Steffens, 2000).

L'évaluation des moyens d'expression de l'intention communicative d'un enfant peut se faire dans le cadre d'une observation structurée du jeu entre lui et la personne qui le garde, et peut être réalisée en même temps que l'appréciation de la fréquence et de la fonction de la communication. Paul (2007) a fourni un cadre pour structurer et compiler les données d'observation obtenues dans ce contexte (figure 7.2). Ce cadre exige un enregistrement de chaque acte de communication au sein de la cellule définie par sa fonction et ses moyens. La fréquence et la variété des fonctions et des moyens peuvent être déterminées par cette méthode lorsque ces données sont comparées à la fréquence des actes de communication enregistrés. Des mesures telles que les échelles *Communication and Symbolic Behavior Scale* (SBS), *Early Social Communication Scales* (ESCS) et *Prelinguistic Communication Assessment* (PCA) fournissent des moyens supplémentaires pour enregistrer ce type d'observations, lorsque sont proposées des incitations de communication structurée.

Réceptivité à la communication

Vers l'âge de 12 mois, les enfants au développement normal réagissent à leur nom en regardant leur interlocuteur. À ce stade, les enfants ont aussi un vocabulaire réceptif d'environ 50 mots (Chapman, 2000), et peu après, ils produisent leur premier mot ou une approximation.

Nadig et al. (2007) ont constaté que l'absence de réponse à l'audition de son nom est présente chez de nombreux nourrissons chez qui un TSA est diagnostiqué par la suite, mais pas chez tous, et ils suggèrent qu'une réponse réduite à son propre nom pourrait également être une caractéristique du phénotype plus large de l'autisme pendant la petite enfance. Osterling et Dawson (1994) conviennent que les nourrissons et les tout-petits atteints de TSA sont moins sensibles à leur nom et à la parole en général. Les parents d'enfants présentant cette réactivité réduite peuvent d'abord soupçonner une surdité ; par conséquent, une évaluation auditive est souvent la première étape d'un diagnostic de TSA chez les jeunes enfants.

La réactivité peut être évaluée par l'observation d'une séance de jeux entre l'enfant et la personne

Fonctions de la communication							
Demande	Protestation	Partage de la joie	Commentaire/ attention conjointe	Initiation d'une interaction sociale	Réponse à un geste	Réponse à son nom	Réponse au langage parlé
Regard dirigé vers l'autre							
Regard avec trois points*							
Geste conventionnel							
Geste non conventionnel							
Vocalisation typique							
Vocalisation inhabituelle							
En écho							
Discours spontané							

* L'enfant regarde l'objet, puis la personne, puis de nouveau l'objet ; ou bien la personne, puis l'objet, puis de nouveau la personne.

Figure 7.2. Résumé de l'évaluation de la communication chez les enfants avant l'âge de la parole. Adapté de Paul (2007). Copyright © 2007 C.V. Mosby, une division d'Elsevier. Adapté avec autorisation.

qui s'occupe de lui, en utilisant les incitations à la communication énumérées ci-dessous (voir le paragraphe « Établissement d'un profil de communication ») ou en utilisant les échelles CSBS ou ESCS. Au cours de ces occasions structurées, l'observateur comptera le nombre de fois que l'enfant montre une réaction aux communications qui lui sont adressées. Cette méthode permet d'enregistrer la réponse de l'enfant aux sollicitations gestuelles et verbales d'attention et d'interaction.

Évaluation du langage parlé chez les enfants atteints de TSA

En 2001, le National Research Council a rapporté qu'environ 50 % des enfants ayant reçu un diagnostic de TSA acquéraient un langage fonctionnel. En 2005, Tager-Flusberg, Paul et Lord ont estimé que plus de 60 % des enfants atteints de TSA possédaient un langage parlé. L'accent mis récemment sur l'intervention précoce en matière de

communication peut contribuer à l'amélioration actuelle du pourcentage de ces enfants qui acquièrent la parole. Wodka, Mathy et Kalb (2013), par exemple, ont signalé que plus de 70 % des enfants atteints d'un TSA grave parviennent au moins à parler avec des phrases à l'âge de 8 ans. En général, lorsque les enfants atteints de TSA acquièrent le langage parlé, ils le font avant l'âge de 6 ans (Paul et Cohen, 1984 ; Tager-Flusberg et al., 2005), bien que des cas d'acquisition du langage à l'adolescence aient été signalés chez des enfants qui ne parlaient pas avant (Mirenda, 2003 ; Windsor, Doyle et Siegel, 1994). Les enfants atteints de TSA ont tendance à présenter des troubles du langage réceptif plus graves que les enfants atteints d'autres troubles du langage (Paul, Chawarska, Klin et Volkmar, 2007) et leurs capacités réceptives peuvent être inférieures à celles du langage expressif (Maljaars, Noens, Scholte et van Berckelaer-Onnes, 2012). Les déficits réceptifs sont plus difficiles à détecter dans une évaluation que les déficits du langage expressif. Un échantillon d'instruments pouvant être utilisés à ce niveau figure dans le tableau 7.1

Tableau 7.1. Instruments normalisés pour l'évaluation du développement du langage chez les jeunes enfants.

Instrument	Domaines évalués
Évaluation clinique des fondements du langage – préscolaire (<i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Preschool</i>) (Wiig, Semel et Secord, 2013)	Concepts, syntaxe, sémantique, morphologie
Épreuve de vocabulaire avec des images de Peabody – Quatrième édition (<i>Peabody Picture Vocabulary Test – Fourth Edition</i>) (Dunn et Dunn, 2007)	Vocabulaire réceptif/vocabulaire expressif
Inventaires du développement communicatif MacArthur-Bates (3 ^e éd. ; Fenson et al., 2007) (<i>MacArthur-Bates Communicative Development Inventories, 3rd ed.</i>)	Checklist parentale qui évalue le vocabulaire réceptif et expressif, ainsi que l'utilisation du jeu et des gestes ; le niveau plus avancé évalue le vocabulaire expressif et la syntaxe précoce
Échelle de langage pour les enfants d'âge préscolaire, cinquième édition (Zimmerman, Steiner et Pond, 2012) (<i>Preschool Language Scale, Fifth Edition</i>)	Syntaxe réceptive/expressive, sémantique, morphologie
Échelles de développement du langage de Reynell – III (Edwards et al., 1999) (<i>Reynell Developmental Language Scales-III</i>)	Langage réceptif/langage expressif
Inventaire séquentiel du développement communicatif – Révisé (Hedrick, Prather et Tobin, 1984) (<i>Sequenced Inventory of Communicative Development – Revised</i>)	Langage réceptif/langage expressif
Test de développement précoce du langage – Troisième édition (Hresko, Reid et Hammill, 1999) (<i>Test of Early Language Development – Third Edition</i>)	Sémantique et syntaxe réceptives/expressives
Test de développement du langage – Primaire : Quatrième édition (Newcomer et Hammill, 2008) (<i>Test of Language Development – Primary : Fourth Edition</i>)	Sémantique et syntaxe réceptives/expressives
Échelles de comportement adaptatif Vineland, troisième édition (Sparrow, Cicchetti et Balla, 2016) (<i>Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition</i>)	Langage réceptif, expressif et écrit

(voir Dodd, Franke, Grzesik et Stoskopf, 2014 pour une analyse utile des instruments d'évaluation).

Les enfants atteints de TSA acquièrent généralement un langage expressif ou commencent à utiliser les mots comme principale forme de communication entre l'âge de 2 et 6 ans. Il a été démontré que l'âge des premiers mots est un facteur prédictif des habiletés cognitives et adaptatives ultérieures (Mayo, Chlebowski, Fein et Eigsti, 2013). Ci-dessous, nous abordons l'évaluation de la communication à partir de ce stade précoce de l'utilisation du langage jusqu'au moment où l'enfant produit des phrases plus ou moins complètes. Il est toujours important de se rappeler qu'il existe une grande diversité dans le développement du langage des enfants atteints de TSA. Certains enfants peuvent présenter des retards dans le développement du langage et être chronologiquement plus vieux que l'âge normalement prévu pour ce type d'acquisitions. D'autres peuvent présenter des schémas d'acquisition du langage semblables à ceux observés chez des enfants atteints de troubles spécifiques du langage qui ne font pas partie du spectre autistique (Tager-Flusberg et Joseph, 2003). Enfin, certains enfants atteints de TSA peuvent présenter un développement normal, voire précoce, des différents aspects du langage (Landa, 2000 ; Tager-Flusberg et al., 2005) – c'est-à-dire que leurs déficits peuvent être limités aux utilisations pragmatiques de la communication.

Établissement d'un profil de communication

Après l'identification de la présence ou de l'absence de déficits linguistiques de base au moyen d'outils normalisés, les efforts d'évaluation se concentreront sur le détail du profil de communication de l'enfant. Le principal moyen d'établir un profil de communication consiste à recueillir un échantillon de discours spontané au cours d'une interaction avec l'enfant. Cette interaction peut prendre la forme de divers scénarios de jeu, de soins habituels ou d'une activité de lecture de livres en commun. Au cours de ces activités, des échantillons du langage peuvent être enregistrés sur bande vidéo ou audio pour être ensuite transcrits et analysés. De plus en plus, les membres de la famille sont inclus dans

ces processus, car on leur demande de remplir des questionnaires d'observation, de décrire la routine quotidienne, d'interpréter les actions de leur enfant et/ou de valider les résultats des évaluations (Crais, 1996).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les jeunes enfants atteints de TSA ont souvent une fréquence réduite de tentatives de communication ; par conséquent, des procédures de sollicitation peuvent être nécessaires pour obtenir une image précise de leurs capacités de communication. L'incitation à la communication consiste généralement à encourager l'enfant à communiquer en mettant en place des situations qui produisent le désir de profiter plus ou moins d'une action ou d'un objet. D'autres méthodes d'incitation peuvent s'efforcer de susciter la confusion, la surprise ou même le dégoût chez l'enfant. Voici quelques exemples spécifiques de situations de tentations qui peuvent être utilisées pour susciter la communication :

- garder des jouets pour soi, donc l'enfant a besoin de les demander ;
- manger une collation sans en offrir à l'enfant, pour susciter des demandes ;
- donner à l'enfant la possibilité de sortir des objets de contenants opaques pour susciter des commentaires ;
- s'engager dans une routine (comme rouler une balle d'avant en arrière), puis passer soudainement à une autre (comme pousser un camion) ;
- s'engager dans des routines sociales, comme des jeux de chatouilles ou des jeux de doigts, et interrompre la routine pour amener l'enfant à demander sa continuation ;
- proposer à l'enfant un objet ou une activité qu'il n'aime pas, pour susciter une protestation ;
- offrir des éléments de jouets ou de puzzles, mais en retenir certains, de sorte que l'enfant a besoin de les demander ;
- faire semblant de mal comprendre ou de ne pas entendre une demande ou un commentaire de l'enfant, pour l'obliger à clarifier verbalement ce qui a été dit ;
- faire soudain quelque chose d' idiot ou d'inattendu, comme mettre un chapeau amusant ou des lunettes « Groucho », pour obtenir un commentaire.

Évaluation des formes et des significations du langage

Certains modèles de communication sont typiques des enfants atteints de TSA, qu'il s'agisse d'un usage restreint de comportements de communication normaux ou d'un usage excessif de comportements atypiques. Les types de comportements de communication qui peuvent être observés et enregistrés chez les enfants atteints de TSA, ainsi que les méthodes d'analyse pour chaque comportement, sont décrits ci-dessous.

1a. Réactivité : Par rapport aux enfants au développement normal, les enfants atteints de TSA ne réagissent pas aussi systématiquement à l'appel de leur nom et peuvent montrer une compréhension minimale de l'habitude qui veut que l'on réponde aux propos d'une personne dans le cadre d'une conversation.

1b. Méthodes d'analyse : Le nombre de fois qu'un enfant répond à son nom peut être examiné en proportion du nombre de fois que son nom a été appelé. De même, le nombre d'énoncés d'adultes auxquels l'enfant répond par la parole ou par des gestes significatifs peut être comparé au nombre total d'énoncés d'adultes exprimés.

2a. Écholalie : Ce comportement est courant chez les enfants atteints de TSA lors des premiers stades de l'acquisition du langage parlé. Il comprend l'imitation immédiate ou différée de ce qui est entendu, ou la répétition de séquences de langage mémorisées (c'est-à-dire des « scripts »).

2b. Méthodes d'analyse : La proportion de répétitions écholaliques par rapport aux énoncés spontanés peut être analysée. Ces répétitions peuvent être séparés en écholalies immédiates et écholalies retardées. La fonction du langage écholalique doit être enregistrée, afin de concevoir une intervention pour le remplacer par des moyens plus conventionnels de communication fonctionnelle.

3a. Utilisation des pronoms : Les enfants atteints de TSA utilisent souvent le pronom « tu » à la place de « je » ou « moi » lorsqu'ils se réfèrent à eux-mêmes. On pense que cela reflète leur tendance à faire écho à ce qu'ils entendent d'autres personnes. Par exemple, lorsqu'une personne qui s'occupe d'un enfant atteint de

TSA lui demande : « Tu as faim ? », l'enfant peut répondre par la phrase « Tu as faim ».

3b. Méthodes d'analyse : Le nombre d'utilisations inappropriées des pronoms dans un échantillon de discours peut être calculé comme une proportion de l'utilisation totale des pronoms dans cet échantillon.

4a. Vocabulaire et syntaxe : Les enfants atteints de TSA attachent parfois des significations inhabituelles ou particulières aux mots ou aux phrases. Par exemple, un enfant atteint de TSA peut dire : « Continuer à rouler en rouge », pour signifier « Je veux aller dans le chariot ». Cependant, alors que l'association du sens sémantique aux mots est un déficit relatif, la syntaxe est généralement une force relative chez les enfants atteints de TSA. Par conséquent, le niveau syntaxique, souvent déterminé par la longueur moyenne de l'énoncé (LME), peut être une mesure de référence par rapport à laquelle on peut mesurer d'autres domaines des compétences linguistiques.

4b. Méthodes d'analyse : La diversité du vocabulaire peut être analysée simplement en enregistrant le nombre de mots différents dans l'échantillon de discours ou, plus formellement, en calculant le rapport « *type-token* » (c'est-à-dire le nombre de mots différents divisé par le nombre total de mots prononcés). Les programmes d'analyse linguistique tels que le programme SALT (*Systematic Analysis of Language Transcripts*) de Miller et Chapman (2016) calculent automatiquement la diversité du vocabulaire et la LME à partir des transcriptions entrées dans leurs systèmes de données. Dans la base de données SALT, ces valeurs peuvent être comparées à celles relevées dans des transcriptions d'enfants au développement normal âgés de 3 à 13 ans. De plus, toute utilisation idiosyncrasique de mots observée chez des enfants atteints de TSA peut être notée.

Évaluation de la pragmatique conversationnelle

Les compétences « pragmatiques » impliquent l'utilisation du langage pour communiquer, par opposition au contenu ou à la forme de celui-ci. Les enfants atteints de TSA peuvent avoir des aptitudes supérieures à la moyenne en ce qui concerne

Fonctions	Exemples d'enfants avec un DN	Type de communication exprimé par l'intéressé : fréquence	Type de communication exprimé par l'intéressé : exemple
Diriger les autres	« Tu vas là »		
Diriger ses propres actions	« Je vais cacher le ballon »		
Relater des événements passés ou actuels	« Nous avons joué sur les balançoires »		
Raisonnement	« Le hamster s'est échappé parce que nous avons oublié de fermer sa cage »		
Prévoir l'évolution de la situation	« Maman ne sera pas contente si je joue dans la boue »		
Compatir avec autrui	« Elle pleure parce qu'elle est tombée »		
Imaginer	« Je suis la maman ; je vais coucher le bébé dans son lit »		
Négocier	« Si tu me donnes le camion, je te donne le ballon »		

Figure 7.3. Tableau pour noter les fonctions de la communication, avec des exemples observés chez des enfants de 4 à 7 ans ayant un développement normal (DN). D'après Chapman (1981) et Tough (1977).

la forme du langage (c'est-à-dire la production sonore, la grammair) et/ou le contenu (c'est-à-dire le vocabulaire, les relations sémantiques), mais ils peuvent éprouver des difficultés avec des aptitudes pragmatiques, comme parler à son tour, saluer, et respecter ou modifier des thèmes de conversation. Les déficits langagiers pragmatiques sont facilement perçus par les autres et sont potentiellement stigmatisants pour les enfants atteints de TSA. En maîtrisant les domaines du langage pragmatique, les cliniciens, les parents et les thérapeutes d'enfants atteints de TSA peuvent se concentrer sur des objectifs qui correspondent aux compétences nécessaires à une interaction réussie avec le monde social.

1a. Fonctions de la communication : Les objectifs pour lesquels la communication est utilisée.

1b. Évaluation : Grâce à l'observation, une checklist parentale ou une méthode de jeu structurée, l'éventail des fonctions exprimées

peut être noté. Les fonctions observées chez les enfants de 5 à 7 ans au développement normal, telles que décrites par Tough (1977), sont indiquées dans la figure 7.3. Ce formulaire peut être utilisé comme dispositif d'enregistrement pour évaluer l'éventail des fonctions communicatives exprimées dans des interactions de jeu libres ou structurées entre un enfant atteint de TSA et un adulte ou un pair.

2a. Gestion du discours : L'organisation des tours de parole et des sujets de conversation.

2b. Évaluation : Au cours de l'observation des interactions avec divers partenaires conversationnels (par exemple pairs, adultes, familiers, inconnus), le clinicien peut examiner et noter la capacité de l'enfant à :

- attendre son tour pour intervenir dans la conversation au moment opportun ;
- donner aux partenaires des tours de parole au moment opportun ;

- réduire la persévérance sur les sujets préférés ;
- changer de sujet lorsque des indices (par exemple expressions faciales, langage corporel) sont offerts ;
- utiliser des expressions ou des indices de transition appropriés (par exemple « sur un autre sujet », « je pensais aussi ») en amorçant un changement de thème ;
- engager et maintenir la conversation sur des sujets intéressant les partenaires de la conversation.

3a. Variation du registre : Utilisation flexible des formes linguistiques en fonction du contexte spécifique d'une interaction.

3b. Évaluation : Au cours de l'interaction avec l'enfant et/ou de l'observation de l'interaction de l'enfant avec divers autres partenaires conversationnels, une évaluation est faite de la capacité de l'enfant à :

- utiliser des formes polies ;
- parler de façon appropriée à des personnes d'âges et de statuts sociaux différents, en utilisant un langage et des tons différents (c'est-à-dire un langage informel avec les pairs, un langage plus formel avec les enseignants et les autres adultes) ;
- demander de différentes façons, selon qu'il s'agit d'une faveur (par exemple emprunter quelque chose) ou d'un droit (par exemple se faire rendre un objet emprunté) ;
- utiliser un vocabulaire contextuel en fonction du sujet, du partenaire conversationnel et de la situation.

4a. Présupposés : Présumer quelles informations un partenaire de conversation doit recevoir et ce qu'il sait déjà.

4b. Évaluation : En observant l'enfant en conversation avec divers interlocuteurs, le clinicien peut noter si celui-ci :

- donne la quantité appropriée d'information, c'est-à-dire qu'il évite d'une part de discuter d'un sujet de façon excessive ou d'avoir l'air pédant, et d'autre part d'être trop vague ou de semer la confusion ;
- utilise les pronoms de façon adaptée (par exemple « il » si le sujet est connu ou a déjà été mentionné) ;
- utilise l'ellipse de façon appropriée (par exemple en répondant « Oui, je l'ai fait » au lieu de

« Oui, je suis allé au magasin » lorsqu'on lui demande : « Est-tu allé au magasin ? ») ;

- crée un flux conversationnel cohérent en établissant un lien approprié entre ce qu'il affirme et les idées présentées plus tôt au cours de la conversation.

5a. La manière de parler : Selon Grice (1996), les contributions à la conversation doivent être « claires, brèves et ordonnées ».

5b. Évaluation : L'évaluation de ce domaine implique l'observation de la capacité de parler de manière succincte et fluide. Par exemple, le clinicien peut noter l'utilisation d'énoncés trop longs et trop complexes, des contributions conversationnelles d'une rareté flagrante, et/ou des styles de discours désorganisés, digressifs, en fouillis, ou répétitifs.

Les compétences décrites ci-dessus peuvent être explorées plus efficacement dans des interactions semi-structurées, au cours desquelles la communication peut être déclenchée en réponse à diverses situations, telles que les suivantes :

- demander à l'enfant de faire semblant d'être la « maman » ou le « papa » d'une poupée ou d'un jouet ;
- demander à l'enfant de solliciter un objet, puis (si la demande originale est brusque ou abrupte) lui dire de « demander plus gentiment » ;
- donner à l'enfant l'occasion d'utiliser l'intonation ou l'accentuation pour insister sur un mot parmi d'autres – par exemple, en lui donnant le choix entre deux objets et en lui présentant le mauvais ;
- demander des éclaircissements sur quelque chose que l'enfant a dit ;
- demander à l'enfant de décrire une séquence, telle qu'une série d'images représentant un enfant en train de s'habiller, et noter si l'enfant passe correctement du nom (« le garçon ») au premier énoncé au pronom (« il ») dans les références ultérieures ; s'il passe correctement d'une phrase complète dans la première description (« le garçon met sa chaussette aux pieds ») à une phrase elliptique (« il met ses chaussures » – « aux pieds » serait redondant une deuxième fois et est seulement sous-entendu) ; et raconte la séquence d'une manière logique et organisée.

Un exemple de formulaire d'évaluation simple qui pourrait être utilisé pour cette évaluation semi-structurée est présenté dans la figure 7.4.