

L'écholalie chez l'enfant autiste : un trouble pragmatique de l'interaction

MAZA Nassila

Orthophoniste praticienne en secteur libéral

Introduction

Le trouble du spectre de l'autisme se caractérise par une altération de l'acquisition du langage, des difficultés dans les interactions sociales réciproques et par la présence de rigidité comportementale et de stéréotypies.

Dans la Classification Internationale des Maladies, on parle de troubles envahissants du développement. Les critères diagnostics se caractérisent « par un développement anormal ou déficient manifeste avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines : interactions sociales, communication, comportement (ou caractère restreint et répétitif) ». On parle aujourd'hui de troubles du spectre de l'autisme pour rendre compte du fait que les personnes ont en commun les troubles du développement des interactions sociales et des particularités de comportements et d'intérêts. Mais on relève par ailleurs une très grande variabilité des symptômes chez les individus. En mai 2013, une nouvelle version du DSM a été publiée qui modifie la description du trouble du spectre de l'autisme.

Ainsi, les nouveaux critères diagnostiques sont les suivants :

A- Déficiences persistantes de la communication sociale et des interactions sociales dans plusieurs contextes (3 domaines doivent être atteints) ;

B- Patrons de comportements, d'intérêts et d'activités restreints et répétitifs (dans 2 domaines sur 4) ;

Pour les critères A et B, il faut spécifier la sévérité de l'atteinte actuelle selon le support requis pour accompagner la personne.

C- Les symptômes doivent être présents dans la petite enfance (mais peuvent ne pas être complètement manifestes tant que la demande sociale n'excède pas les capacités limitées) ;

D- Les symptômes entraînent des limitations cliniquement significatives dans le domaine social, celui des occupations ou d'autres sphères du fonctionnement dans la vie quotidienne ;

E- Ces difficultés ne peuvent pas être expliquées par la déficience intellectuelle ou un grave retard de développement.

Dans les modifications des critères, nous relevons notamment que l'altération des interactions sociales et celle de la communication sont désormais regroupées sous le même chapeau, à savoir l'altération des interactions sociales. Les spécificités sensorielles fréquemment observées chez les personnes avec TSA (hypersensibilité/ hyposensibilité) sont désormais mentionnées dans le critère B du TSA (comportements/activités restreints, répétitifs et stéréotypés).

L'écholalie s'inscrit dans cet usage répétitif et stéréotypé du langage : « dans le cadre du retard du langage, en particulier pour l'autisme, l'imitation verbale ou vocale est souvent appelée écholalie, définie comme la répétition de ce qui vient d'être dit ». L'écholalie est d'ordinaire considérée comme un refus de dialogue. Notre propos est de montrer que contrairement à cette conception banale, elle doit être envisagée comme une première tentative destinée à établir un échange avec l'interlocuteur.

On distingue traditionnellement deux types d'écholalie : *l'écholalie immédiate*, qui est produite tout de suite après la production du modèle par l'adulte ou un pair, et *l'écholalie différée*, dont la source est lointaine et parfois difficile à déterminer en amont de l'échange où intervient la reprise.

1. Communiquer et parler : une distinction importante !

Plusieurs personnes confondent communiquer et parler. La capacité de parler n'empêche pas les personnes de vivre des défis importants sur le plan de la communication, plus spécifiquement l'utilisation sociale du langage appelé la pragmatique. Voici certaines des difficultés de communication les plus répandues :

- Absence de compétences de base en matière de conversation (comment initier et entretenir une conversation, parler à tour de rôle, questionner et commenter, etc.) ;
- Interprétation littérale du langage ;
- Difficulté à comprendre les concepts abstraits ;
- Interrompre et monopoliser la conversation ;
- Ne pas savoir quoi dire ou quoi demander pendant une interaction ;
- Exprimer des opinions sans se soucier des conséquences ;
- Mettre fin à une conversation sans préavis ;
- Difficulté à changer de sujet.

2. La controverse trouble pragmatique / trouble autistique

Quoi qu'on en pense, les difficultés langagières des enfants entravent leurs capacités communicatives. Il est, en effet, plus difficile de communiquer lorsque l'on dispose d'un

lexique pauvre, de connaissances morphosyntaxiques peu développées ou d'une maîtrise approximative du système phonologique. Il suffit pour s'en convaincre, de comparer l'aisance avec laquelle nous communiquons dans notre langue maternelle par rapport à une langue étrangère récemment apprise. Mais, une fois cette restriction posée, force est d'admettre que certains enfants présentent davantage de difficultés au niveau de l'utilisation même du langage qu'au niveau de sa structure. Cette observation n'a pas échappé aux auteurs qui ont élaboré des classifications des troubles du langage sur la base d'observations cliniques descriptives. Ils ont regroupé ces enfants au sein d'une catégorie appelée « syndrome sémantico-pragmatique » ou « désordre sémantico-pragmatique ». Pourtant, sous des labels assez similaires, ces auteurs ne rassemblent pas les mêmes enfants. Pour Rapin, ce sous-groupe concerne tous les enfants présentant des difficultés de la communication. Ainsi, les enfants dont les troubles ont une étiologie organique connue (ex. syndrome de Williams) ou des enfants présentant un trouble envahissant du développement (les enfants autistes) côtoient, sous cette appellation, des enfants présentant un trouble langagier plus isolé (dysphasie ou retard de langage). Bishop ne conçoit pas cette catégorie de la même façon. Selon elle, l'atteinte sémantico-pragmatique reste spécifique aux enfants dysphasiques.

Pour cette raison, Bishop (2000) suggère que l'appellation de la dysphasie sémantico-pragmatique, devrait être remplacée par « trouble pragmatique du langage », ce trouble pouvant être associé, ou non, à des difficultés langagières importantes. Concernant la différence entre les dysphasies SP (ou troubles pragmatiques) et les troubles autistiques, cet auteur considère qu'il est actuellement prématuré de trouver des critères de distinctions fiables en l'absence d'une compréhension de ces deux troubles.

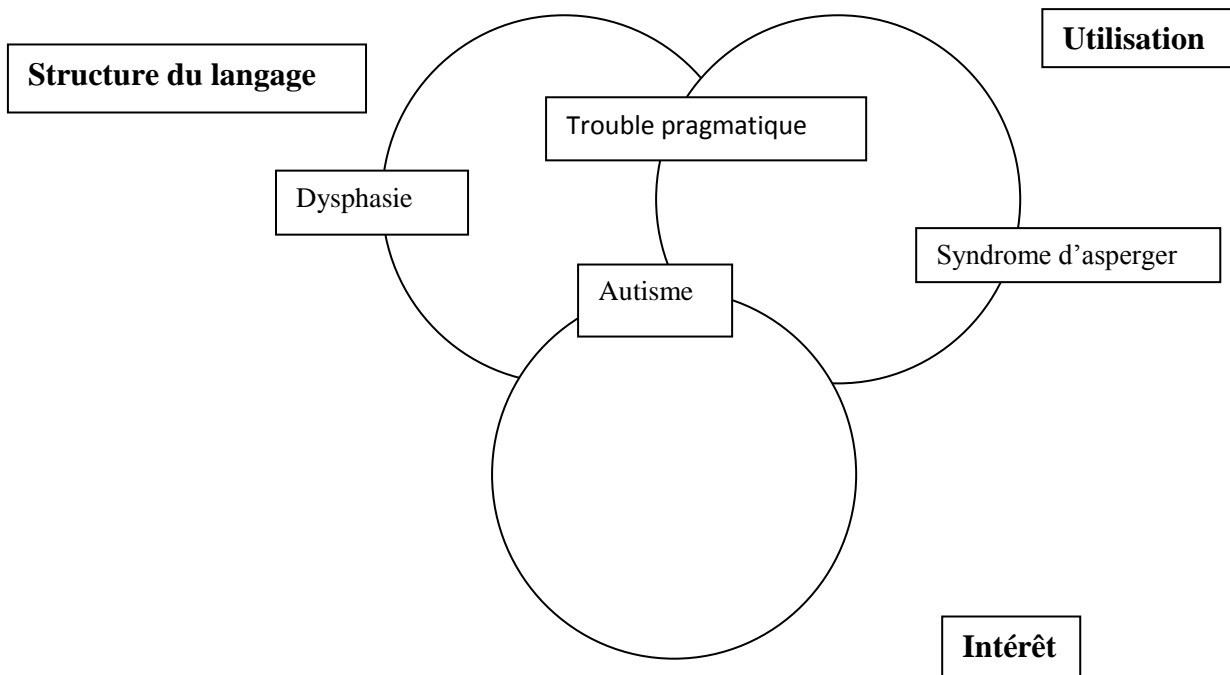


Figure 1 : catégories cliniques selon le modèle proposé par Bishop (2000)

Bishop propose d'envisager les troubles pragmatiques comme une catégorie intermédiaire entre des troubles uniquement langagiers ou spécifiquement communicatifs. Nous reprenons, dans la figure 1, sa proposition théorique basée sur un modèle à trois dimensions reprenant les caractéristiques principales des troubles autistiques : les troubles langagiers, les troubles d'utilisation sociale du langage et les centres d'intérêt spécifiques. Selon cette conception, l'autisme serait la conséquence d'une altération des trois dimensions principales, le syndrome d'Asperger (autisme de haut niveau avec préservation du langage) de deux d'entre elles, tout comme le trouble pragmatique. Cette suggestion illustre bien l'existence de frontières floues entre certains troubles.

Hupet, en 1996, définit la compétence pragmatique comme étant « la capacité d'un individu à effectuer des choix contextuellement appropriés de contenu, de forme et de fonction ».

La pragmatique est une composante langagière qui regroupe la pratique de la conversation, l'adéquation interpersonnelle et situationnelle, la deixis, les types d'illocutoires de phrases, l'emphase de l'ellipse. Ainsi, le niveau pragmatique regroupe une série de sous-fonctions visant à agir sur l'interlocuteur ou à l'influencer. Au fur et à mesure que grandit la compétence linguistique de l'enfant, c'est-à-dire ses capacités à produire des énoncés

corrects du point de vue formel, il développe une compétence pragmatique. Il apprend à gérer les tours de parole, tenir une conversation, attirer l'attention, faire une demande, etc. Produire un énoncé ne se limite pas à faire un constat sur le monde mais constitue en même temps un acte social.

3. L'écholalie et l'enfant autiste

L'écholalie est un « reformatage » des productions orales faites par les adultes. L'enfant essaie d'accommoder, d'adapter le langage qu'on lui adresse. Le *copier-coller* du langage écholalique autiste montre comment l'enfant met en place les moyens dont il dispose pour associer deux situations : une situation antérieure et une situation actuelle. Ces deux situations sont liées chez l'enfant, nous ignorons de quelle façon.

Si un enfant a recours à l'écholalie dans un contexte déterminé, c'est parce qu'il a déjà entendu l'énoncé qu'il reprend en écholalie mais aussi parce qu'il a compris cet énoncé. Par ailleurs, il l'associe à une situation particulière. Certains éléments de la situation où l'écholalie est produite évoquent pour lui ceux de la situation où l'énoncé initial a été prononcé, d'où sa production. Toutefois, contrairement aux enfants tout-venants, il ne peut pas restituer les seuls éléments qui seraient pertinents et construit un « bloc écholalique » dans lequel l'enfant autiste réside apparemment dans la capacité à isoler certains mots de l'énoncé initial et à les réaménager. C'est un peu comme si l'enfant avait à produire une brique appartenant initialement à un ensemble, mais que, dans la manière qu'il a eu de la mémoriser, cette brique est collée à d'autres briques dont il n'arrive pas à les séparer. Quand il a besoin de désigner un point d'une situation, il doit donc sortir le bloc de briques dans sa totalité alors qu'une seule d'entre elles serait pertinente. L'énoncé écholalique est lié à un phénomène de non décontextualisation et de non recontextualisation. Ce n'est pas l'intention communicative qui est fautive, mais le savoir-faire qui permet d'adapter les énoncés entendus à la situation de leur réemploi.

Le langage écholalique signe chez l'enfant autiste l'effort pour rentrer en communication avec autrui. Nous allons donc l'aborder comme le point de départ de son développement langagier, comme une première étape lui permettant à terme d'entrer dans une communication.

4. Objectif de l'étude

Notre étude a pour but deux objectifs. Le premier est de mettre en évidence le clivage existant entre les concepts d'écholalie immédiatement et d'écholalie différée.

Le deuxième est la nécessité de prendre les énoncés écholaliques comme étant porteurs de sens dans la communication.

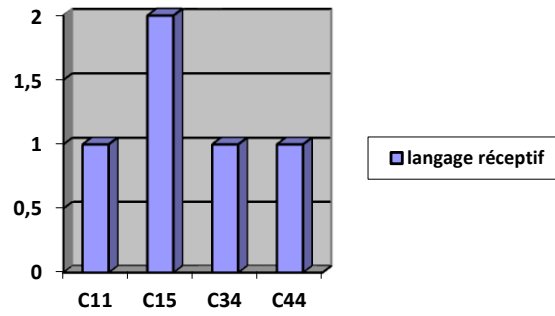
5. Méthodologie

Le corpus étudié se compose de vidéos recueillies auprès d'un enfant lors de séances d'orthophonie suivi à notre cabinet. L'enfant a 6 ans. Il présente un autisme moyen. Il possède un contact oculaire inconstant, une mimique faciale riche, des sourires non adressés et un langage modeste en termes de grammaire et de syntaxe. Dans la pièce où se passe l'enregistrement se trouvent présents l'enfant en question et l'orthophoniste.

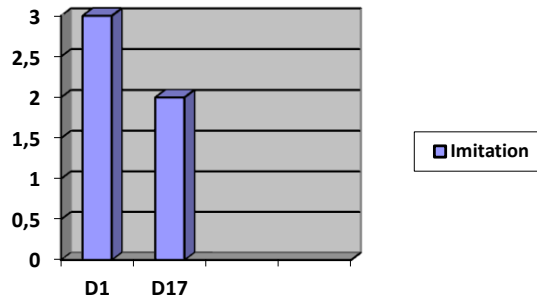
6. Évaluation de l'enfant A. Youcef

Nous présenterons ici le score de notre dernière évaluation de l'enfant d'après des items de l'ABLIS. Les items choisis pour cette présentation sont : le langage réceptif, l'imitation, l'imitation vocale, la demande, la dénomination, l'intraverbal, la vocalisation spontanée et l'interaction sociale.

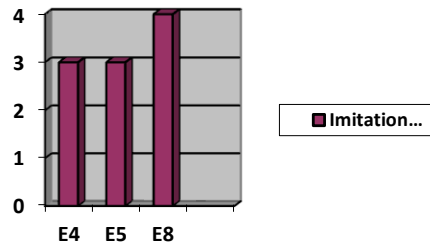
ITEMS	TÂCHES	NOM DE LA TÂCHE	SCORES
Langage réceptif	C11	Touche l'item demandé parmi deux objets présentés	1
	C15	Sélectionne l'une des 2 images d'items communs.	2
	C34	Sélectionner une image représentant une action parmi trois	1
	C44	Sélectionner des images associées	1

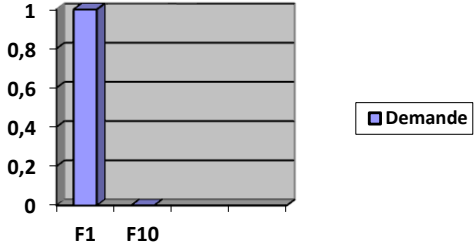


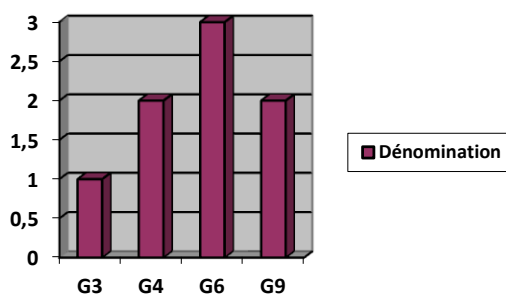
Imitation	D1	Imitation motrice utilisant des objets	3
	D17	Imitation des mouvements de bouche et de langue	2



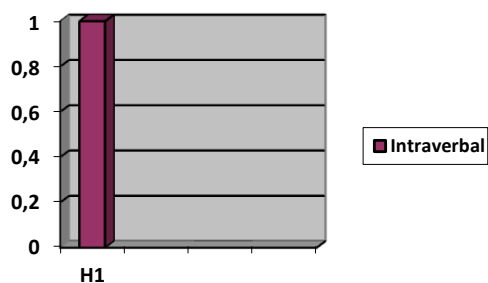
Imitation vocale	E4	Imitation de mots sur consigne	3
	E5	Imitation de phrases sur consigne	3
	E8	Imitation spontanée de mots	4



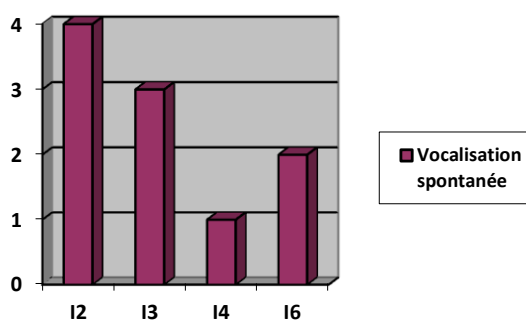
Demandes	F1	Demandes par indication	1
	F10	Demandes en utilisant des phrases	0
Dénomination		G3	Dénomination de personnes familières
			1
		G4	Dénomination d'images d'items familiers
		G6	Dénomination d'images d'actions courantes
		G9	Dénomination des parties du corps



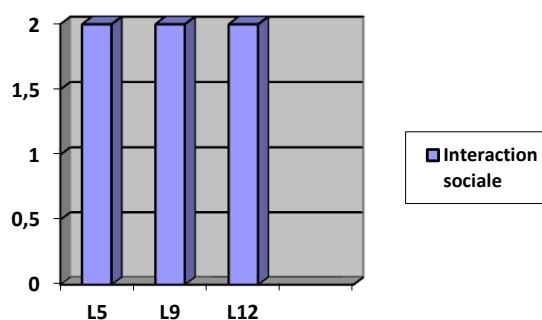
Intraverbal	H1	Compléter une chanson	1
-------------	----	-----------------------	---



Vocalisation spontanée	I2	Prononcer des mots ou des approximations de mots de façon spontanée	4
	I3	Prononcer des phrases de façon spontanée	3
	I4	Chanter des chansons avec des modèles	1
	I6	Imitation verbale spontanée	2



Interaction sociale	L5	Écoute/réceptivité	2
	L9	Contact oculaire	2
	L12	Regarder les autres pour engager une interaction sociale.	2



Nous présentons ci-dessous l'explication des résultats présentés :

- ***Langage réceptif***

C11 : 1 ; l'enfant touche l'item demandé parmi deux objets présentés seulement ci devant lui.

- C15 : 2 ; Sélectionner l'une des deux images d'items communs, l'enfant peut identifier réceptivement au moins 10 objets.
- C34 : 1 ; sélectionner une image représentant une action parmi trois, l'enfant peut sélectionner deux actions ou plus.
- C44 : 1 ; l'enfant peut associer au moins une image pour 5 items.
- ***Imitation***
 - D1 : 3 ; imitation motrice en utilisant des objets, l'enfant peut imiter au moins 10 actions.
 - D7 : 2 ; l'enfant peut imiter au moins deux actions de la bouche et la langue.
 - ***Imitation vocale***
 - E4 : 3 ; l'enfant peut imiter au moins 15 mots sur consigne.
 - E5 : 3 ; l'enfant peut imiter des phrases de 4 mots sur consigne.
 - E8 : 4 ; l'enfant imite correctement au moins 20 mots par jour spontanément.
 - ***Demande***
 - F1 : 1 ; Demandes 1 item ou activité au moins une fois par jour.
 - F10 : 0 ; l'enfant ne peut pas demander en utilisant des phrases.
 - ***Dénomination***
 - G3 : 1 ; l'enfant peut nommer au moins deux personnes familières.
 - G4 : 2 ; l'enfant peut nommer au moins 10 images d'items d'images familières.
 - G6 : 3 ; l'enfant peut nommer au moins 10 images d'items d'actions courantes.
 - G9 : 2 ; l'enfant peut nommer au moins 5 parties du corps.
 - ***Intraverbale***
 - H1 : 1 ; l'enfant peut compléter 1 mot de deux chansons.
 - ***Vocalisation spontanée***
 - I2 : 4 ; l'enfant peut prononcer spontanément une moyenne d'en moins 30 mots par jours.
 - I3 : 3 ; l'enfant peut prononcer spontanément une moyenne de 10 phrases par jours.
 - I4 : 1 ; l'enfant peut chanter avec des modèles en moyenne 1 mot d'une chanson.
 - I6 : 2 ; l'enfant peut répéter spontanément au moins 5 mots prononcés par les autres.
 - ***Interaction sociale***
 - L5 : 2 ; l'enfant répond habituellement aux instructions données par les adultes et les pairs.

L9 : 2 ; l'enfant émet un contact visuel quand il écoute et parle avec les adultes et les pairs.

L12 : 2 ; l'enfant initie régulièrement des interactions sociales avec ses pairs et les adultes en les regardant.

Analyse du corpus recueilli

Nous avons mis les éléments écholaliques en gras, et les éléments ajoutés par l'enfant en souligné.

wēšnū hēdē (c'est quoi ça ?)

Thérapeute : wēšnū hēdē (c'est quoi ça ?)

Enfant : hēdī (ça ?)

Thérapeute : wēšnū hēdē (c'est quoi ça ? + Pointage)

Enfant : **wēšnū hēdē (c'est quoi ça ? + Pointage)**

hēdē (Ça ? + pointage) qāṭā (chat)

hēdī est une écholalie différée, l'enfant a repris l'énoncé que le thérapeute utilise habituellement pour demander la dénomination. Cela peut être interprété comme « je ne sais pas comment ça s'appelle ».

L'énoncé **wēšnū hēdē** est une écholalie immédiate, ici pour dire « je ne sais toujours pas ce que c'est ». Le fait de désigner l'image et regarder le thérapeute pour plus d'information, appuie notre hypothèse. Nous pensons que c'est une écholalie équivalente à une demande. L'enfant met en mot le fait de se sentir en difficulté, en même temps il cherche la réponse chez le thérapeute. Pour ce faire il a recours à un énoncé de type écholalique.

Dīr āmhī (fais, effaces)

Enfant : āmhī

Dīr āmhī

Dīr āmhī

Thérapeute : wēšnū (quoi ?)

wēš ndīrū dōrkā (qu'est-ce qu'on fait maintenant ?)

Enfant : **wēš ndīrū dōrkā**

Thérapeute : wēš ndīrū dōrkā

Enfant : **dūkā** āmhī wāhīd

Thérapeute : wēš ndīrū

Enfant : **ndīrū** hāt mūstāqīm

Quand l'enfant a vu le thérapeute ramener les planches pour le graphisme, il n'a pas pu dire « qu'est-ce qu'on va faire », ou « allons-nous faire du graphisme ? », il utilise à la place un autre énoncé qu'il doit déjà connaître dīr... āmhī, c'est une écholalie différée dont le but est, nous supposons, la demande. Quand le thérapeute demande wēš ndīrū dōrkā, l'enfant reprend l'énoncé immédiatement après le thérapeute tel qu'il l'a entendu, c'est une écholalie immédiate. En fait, c'était ce qu'il voulait demander.

Le thérapeute continue wēš ndīrū, l'enfant répond par une écholalie différée, et utilise l'énoncé qu'utilise sa mère quand elle fait avec lui la même activité à la maison **ndīrū... hāt mūstāqīm**, nous croyons bien qu'il s'agit d'un énoncé écholalique dont le but est de fournir des informations.

hāt mūstāqīm

Thérapeute : wāšnū hād šākl

Enfant : **šākl** hāt mūstāqīm

hāt mūstāqīm est une écholalie différée, l'enfant a repris l'énoncé que sa mère utilise pour faire l'activité du graphisme. Mais ici le mot **šākl** utilisé en début de l'énoncé, prouve que l'enfant a compris ce qu'on lui a demandé et a voulu répondre, mais son intervention ne se limite pas à la reproduction fidèle de l'énoncé, il y ajoute une variation, ici le changement du **q** de **mūstāqīm** par le **t** de **mūstāqīl**, la réponse de l'enfant est en inadéquation avec la situation, cela pourrait être interprété par une difficulté de *décontextualisation*.

ba ba ba wé

Thérapeute : hādī

Enfant : sālā

Thérapeute : bravo

Enfant : ba ba ba wé

ba ba ba wé est une écholalie différée, l'enfant a repris le renforçateur social que le thérapeute a l'habitude d'utiliser, et ce, en réponse au *bravo*. Nous avons déjà un élément ajouté par l'enfant, même si l'élément ajouté ne vise pas à relancer l'interlocuteur mais semble plus du registre d'un commentaire auto-adressé.

Conclusion

La classification générale d'écholalie immédiate et d'écholalie différée est assez restreinte et ne tient pas compte des degrés des variations proposées par l'enfant. Il s'avère nécessaire de trouver une autre façon d'aborder l'écholalie, qui puisse rendre compte des nuances des productions des enfants autistes et de ses variations. C'est dans les modifications aux énoncés de départ que l'enfant trouve le pont entre une communication

stéréotypée et un langage plus dynamique. Nous proposons de définir ce comportement verbal comme étant le fruit d'une reprise partielle de l'énoncé de l'interlocuteur, c'est-à-dire une « écholalie partielle ».

Nous avons vu que l'enfant reprend une partie de l'énoncé de l'adulte, certes, mais en ajoute un autre élément pertinent qui peut aussi être une écholalie, un pointage. En fait, chez un même enfant autiste les degrés d'écholalies qui vont de l'écholalie immédiate à l'écholalie différée s'avèrent révélateurs de l'évolution de ses capacités langagières. Une fois que l'enfant autiste a pu mettre en place l'écholalie, principalement celle qualifiée d'écholalie différée, son langage tend à évoluer. Petit à petit il arrivera à décortiquer de manière plus efficace le langage qui lui est adressé pour le transformer en une série d'énoncés « prêt à l'emploi » dans une interaction plus dynamique.

Si l'enfant a recourt à l'écholalie c'est qu'il a quelque chose à dire, et qu'il a compris qu'on attend quelque chose de lui.

Selon J. Nadel, l'écholalie a fonction d'interaction sociale ou d'acquisition de connaissances lexicales ou syntaxiques. Il existe différentes formes d'écholalie :

- Echolalie immédiate (pas de délai entre le modèle et son imitation) ;
- Echolalie différée ;
- Echolalie littérale ou totale (le modèle est imité dans sa totalité, intonation y compris) ;
- Echolalie atténuée ou partielle.

En outre, d'un point de vue clinique, considérer l'écholalie comme une prise de parole de l'enfant autiste, permet d'en faire le point de départ d'une progression linguistique en évitant de la disqualifier comme vide de sens.

Les fonctions de l'écholalie immédiate (d'après Prizant et Duchan) sont :

- L'écholalie interactive ;
- L'écholalie interactive de type tour de rôle (la personne prend son tour de parole mais peut seulement répéter les derniers propos de son interlocuteur) ;
- L'écholalie non interactive avec des signes de compréhension (répéter les propos de son interlocuteur aide la personne autiste à assimiler ceux-ci) ;
- L'écholalie non interactive avec des conduites d'autorégulation (la personne se sert de la répétition des énoncés pour réguler son propre comportement) ;
- L'écholalie déclarative : elle sert à dénommer les objets ;
- L'écholalie assertive qui sert à donner des réponses équivalentes au « oui » ;

- L'écholalie équivalente à des demandes (répétition complétée d'un pointage, d'un regard).

Les fonctions de l'écholalie différée sont :

- Dénomination ;
- Fournir des informations ;
- Appeler ;
- Affirmer ;
- Demander ;
- Protester ;
- Diriger.

Il est important de mener une analyse pragmatique de l'écholalie afin de mettre en évidence les fonctions de communication de cette écholalie, et ainsi de pouvoir les expliciter à l'entourage de la personne autiste. Cette analyse servira aussi de base à l'intervention orthophonique.

Les quatre exemples explorés nous donnent une ébauche de la façon dont fonctionne l'écholalie chez les enfants autistes et nous laissent voir comment les variations qui se présentent entre l'écholalie immédiate et l'écholalie différée doivent être prises en compte dans l'étude de la pathologie autistique.

L'énoncé écholalique est donc un outil que le thérapeute possède pour soutenir la récupération langagière chez l'enfant. Plus l'enfant ressent que ce qu'il construit avec son langage est compris, plus il va s'efforcer de communiquer.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), (2013), Washington, DC. Author.
2. Beaud, L. (2001), Sur la littéralité autistique : langage et communication sociale à l'épreuve de la métaphore, *Glossa*, 110, 26-48.
3. Berquez, G. (1983), L'autisme infantile. Introduction à une clinique relationnelle selon Kanner, PUF.
4. Coquet, F. (2005), Pragmatique : quelques notions de base, *Rééducation Orthophonique*, 221, 17-27.

5. Maillart, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la *Children's Communication Checklist* (Bishop, 1998). *Les Cahiers de la SBLU*, 13, 13-32.
6. Nadel, J. (2012). Imiter pour grandir, développement du bébé et de l'enfant autiste. Dunod.
7. Organisation Mondiale de la Santé. (2001), Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent : classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Masson.