



HAL
open science

Les écholalies chez l'enfant autiste et leur évolution comme une recherche d'intersubjectivité : un point de vue psychomoteur

Carmen Florez Pulido

► **To cite this version:**

Carmen Florez Pulido. Les écholalies chez l'enfant autiste et leur évolution comme une recherche d'intersubjectivité : un point de vue psychomoteur. Linguistique. Université Paris Cité, 2021. Français. NNT : 2021UNIP7064 . tel-03622992

HAL Id: tel-03622992

<https://theses.hal.science/tel-03622992>

Submitted on 29 Mar 2022

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.

Université de Paris
École doctorale Recherches en psychanalyse et psychopathologie
(ED 450)

**LES ECHOLALIES CHEZ L'ENFANT AUTISTE ET LEUR
EVOLUTION COMME UNE RECHERCHE D'INTERSUBJECTIVITE :
UN POINT DE VUE PSYCHOMOTEUR.**

Par Carmen Lucía FLOREZ PULIDO

Thèse de doctorat en Recherches en Psychanalyse et
Psychopathologie

Dirigée par Chantal LHEUREUX-DAVIDSE

Présentée et soutenue publiquement le 31 mars 2021

Devant un jury composé de :

Mme Chantal LHEUREUX-DAVIDSE, HDR, MCF Université de Paris, Directrice de thèse.

Mme le Dr. Sarah BYDLOWSKY, HDR, Université de Paris. Examinatrice.

Mme Aliyah MORGENSTERN, Pr- HDR, Université Sorbonne nouvelle, Rapporteur.

M Federico BRAVO, Pr - HDR, Université Bordeaux-Montaigne, Rapporteur

M. Laurent DANON- BOILEAU, HDR, Membre invité.



Titre : Les écholalies chez l'enfant autiste et leur évolution comme une recherche d'intersubjectivité : un point de vue psychomoteur.

Résumé : Les productions écholaliques sont une des caractéristiques du langage de l'enfant autiste. Celles-ci sont faites de la répétition d'énoncés entendus. Plutôt que considérer les écholalies comme une répétition vide de sens, nous avons cherché à montrer qu'elles sont une production de l'enfant porteuse de sens, tout particulièrement ici dans le cadre de la séance de psychomotricité. Cela nécessite de la part du thérapeute une attention accrue aux signes corporels verbaux et para-verbaux, lesquels attestent l'intérêt de l'enfant autiste pour les échanges intersubjectifs. Les travaux de Prizant - pionnier de la découverte de la valeur fonctionnelle des écholalies - nous ont permis d'établir des corrélations théorico-cliniques à la lumière des concepts psychanalytiques qui ont nourri notre pratique.

Mots clefs : Autisme, écholalies, psychomotricité, langage, intersubjectivité, créativité,

Title : the evolution of echolalia in autistic child as a search for intersubjectivity: a psychomotrician point of view.

Abstract : Echolalia is one of the characteristics of the language of the autistic child, based on the repetition of the statements heard. Rather than considering echolalia as an empty repetition, our research shows how they can be seen as meaningful by the therapist, and in particular, by the psychomotor therapist. For this it is necessary on the part of the therapist to pay increased attention to the observation of bodily, verbal and para-verbal signs that demonstrate the autistic child's interest in interacting with others. With the help of articles by Prizant, a pioneer in demonstrating the functional value of echolalia, we illustrate our clinic in light of the psychoanalytic concepts that have nourished our practice.

Keywords : Autism, echolalia, psychomotricity, language, creativity, intersubjectivity.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Laurent Danon-Boileau qui m'a ouvert la porte pour entrer dans la recherche et la clinique autour de l'autisme et qui m'a fait découvrir la psychomotricité, Chantal L'heureux-Davidse pour sa rigueur et sa patience, les membres du jury, mes patients et leurs familles, qui m'ont tant appris, mon psychanalyste, MPZ, pour m'avoir écouté avec bienveillance tout au long de ces années, Sylvie Robel pour ses corrections.

Et Manuel, mon mari, pour son soutien inconditionnel, ainsi que mes enfants, Luis Manuel et Leonardo, pour le temps volé à leur enfance.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	6
1.1. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE	13
2. LES PRÉMISSES NOSOGRAPHIQUES DE NOTRE RECHERCHE	21
2.1. L’AUTISME ET SES DEFINITIONS	21
2.1.1 KANNER ET SON ARTICLE PRINCEPS	21
2.1.2 LE DSM5	27
2.1.3 T.S.A., LANGAGE ET COMMUNICATION DANS LE DSM 5	28
2.1.4 L’AUTISME DÉFINI PAR LES AUTORITES FRANÇAISES	29
2.1.5 À TITRE D’EXEMPLE	30
2.2. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE: ÉVOLUTION DU CONCEPT D’ECHOLALIE AUTISTIQUE APRES LE PREMIER ARTICLE DE LEO KANNER.	31
2.2.1 DYER, C., & HADDEN, A. J. (1981). DELAYED ECHOLALIA IN AUTISM : SOME OBSERVATIONS ON DIFFERENCES WITHIN THE TERM. <i>CHILD : CARE, HEALTH AND DEVELOPMENT</i> , 7(6), 331 345.	32
2.2.2 PRIZANT, B. M., & DUCHAN, J. F. (1981). “THE FUNCTIONS OF IMMEDIATE ECHOLALIA IN AUTISTIC CHILDREN”. <i>THE JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS</i> , 46(3), 241 249.	39
2.2.3 PRIZANT, B. M., (1983). “ECHOLALIA IN AUTISM : ASSESSMENT AND INTERVENTION”. <i>THE SEMINARS IN SPEECH AND LANGUAGE</i> , 4(1), 63-78.	43
2.2.4 PRIZANT BARRY M. (1983). “LANGUAGE ACQUISITION AND COMMUNICATIVE BEHAVIOR IN AUTISM : TOWARD AN UNDERSTANDING OF THE “WHOLE” OF IT”. <i>JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS</i> , 48(3), 296 307.	54
2.2.5 PRIZANT BARRY M., & RYDELL PATRICK J. (1984). “ANALYSIS OF FUNCTIONS OF DELAYED ECHOLALIA IN AUTISTIC CHILDREN”. <i>JOURNAL OF SPEECH, LANGUAGE, AND HEARING RESEARCH</i> , 27(2), 183 192.	62
2.2.6 SCHULER, A. L., & PRIZANT, B. M. (1985). “ECHOLALIA”. IN E. SCHOPLER & G. B. MESIBOV (ÉDs.), <i>COMMUNICATION PROBLEMS IN AUTISM</i> (p. 163 184). SPRINGER US.	66
2.2.7 SAAD, A. G. DE F., & GOLDFELD, M. (2009). “ECHOLALIA IN THE LANGUAGE DEVELOPMENT OF AUTISTIC INDIVIDUALS : A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW”. <i>PRO-FONO : REVISTA DE ATUALIZACAO CIENTIFICA</i> , 21(3), 255 260	76
2.3. DEFINITION ET HISTORIQUE DE LA PSYCHOMOTRICITE ET DE SA RELATION AVEC LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AUTISTES.	79
2.4. LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AUTISTES	83

2.5. LES OUTILS D’EVALUATION SPECIFIQUES DE L’AUTISME	85
--------------------------------------------------------------	-----------

<u>3. LES ÉMERGENCES DU LANGAGE CHEZ L’ENFANT AUTISTE : LES LIENS ENTRE LA CONSTRUCTION CORPORELLE, LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ET LA COMMUNICATION À PARTIR DE L’ÉCHOLALIE</u>	93
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

3.1. POURQUOI L’IMITATION, LA REPETITION ET LES ECHOLALIES NE SONT-ELLES PAS TOUJOURS PATHOLOGIQUES ? UN PARALLELE ENTRE LE DEVELOPPEMENT DE L’ENFANT TOUT-VENANT ET CELUI DE L’ENFANT AUTISTE	93
3.1.1 ENTRE LA NAISSANCE ET 3 MOIS	95
3.1.2 ENTRE 4 ET 6 MOIS	97
3.1.3 5 MOIS	97
3.1.4 6 MOIS	98
3.1.5 7 MOIS	100
3.1.6 ENTRE 8 ET 9 MOIS	101
3.1.7 LES 10 MOIS	104
3.1.8 ENTRE 11 ET 12 MOIS	105
3.1.9 15 MOIS	107
3.1.10 18 MOIS	108
3.1.11 2 ANS	110
3.1.12 ENTRE 2 ET 3 ANS	110
3.2. L’ECHOLALIE : ENTRE IMITATION ET REPETITION	111
3.2.1 MELTZOFF ET L’IMITATION	115
3.2.2 DES INVARIANTS A LA VARIATION, Y A-T-IL DU PLAISIR PARTAGE?	128
3.3. COMMENT LA CONSTRUCTION CORPORELLE, LA COMMUNICATION ET LE LANGAGE SE TROUVENT-ILS LIES DANS LES TABLEAUX AUTISTIQUES ? LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR SELON ANDRE BULLINGER ET LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L’ENFANT AUTISTE.	132
3.3.1 LE TRAITEMENT DES FLUX SENSORIELS	133
3.3.2 LA REGULATION TONIQUE	133
3.3.3 LE DEVELOPPEMENT POSTURAL	135
3.3.4 LA CONSTRUCTION DES RELATIONS SPATIALES	136
3.3.5 LES DIFFICULTES DE REGULATION TONIQUE CHEZ LES ENFANTS AUTISTES AU COURS DU DEVELOPPEMENT SENSORIMOTEUR	139
3.3.6 L’APPORT DES TRAVAUX D’ANDRE BULLINGER A LA QUESTION DES ECHOLALIES : DE DEUX OBSERVATIONS CLINIQUES	142
3.3.7 POUVONS-NOUS CONSIDERER LES ECHOLALIES COMME UN PREMIER PAS VERS L’INTERSUBJECTIVITE ?	155

3.3.8 PREMIER ENTRETIEN AVEC KEVIN	161
3.3.9 DEUXIEME ENTRETIEN	162
3.4. LA SENSIBILITE DE L'ENFANT AUTISTE AU DIALOGUE TENU DEVANT LUI : DES MICROVARIATIONS QUI PRECEDENT L'EMERGENCE DU LANGAGE	184

4. OBSERVATIONS CLINIQUES AUTOUR DES DIFFERENTS TYPES D'ECHANGE AVEC LES ENFANTS AUTISTES ET LA PLACE QUE L'ECHOLALIE Y OCCUPE **205**

4.1. QUELLE PLACE POUVONS-NOUS ATTRIBUER A NAO, UN ROBOT HUMANOÏDE, EN SEANCE DE PSYCHOTHERAPIE AVEC LES ENFANTS AUTISTES?	205
4.1.1 POURQUOI UN ROBOT?	206
4.1.2 LA PROPOSITION D'ECHANGE AVEC NAO	212
4.1.3 LES JEUX DE NAO	213
4.1.4 LES REACTIONS DES TROIS ENFANTS AUX PROPOSITIONS DU ROBOT NAO	215
4.1.5 NAO ET LA POSITION COTE A COTE	229
4.1.6 L'ENFANT TOUT VENANT ET NAO	231
4.1.7 LE ROBOT ET LES ECHOLALIES	232
4.1.8 ASMA ET LA VARIATION LUDIQUE	233

5. LA QUESTION DU PARTAGE DE L'IMAGINAIRE ET DE LA CRÉATIVITÉ CHEZ L'ENFANT AUTISTE **236**

5.1. KEVIN ET LA PEINTURE	237
5.2. KEVIN : « DESSINE-MOI UN POKEMON »	243
5.3. NILS, DES ONOMATOPEES AU LANGAGE PARTAGE.	262

6. CONCLUSION **267**

7. POSTFACE **273**

8. BIBLIOGRAPHIE **275**

1. INTRODUCTION

Depuis la description princeps de l'autisme faite par Leo Kanner, la question de l'origine de l'autisme ne cesse de se poser. Actuellement, nous ne disposons que de pistes « en mosaïque », sans être encore parvenus à trouver l'origine commune à tous les types d'autisme. Si l'on se réfère aux nombreuses recherches dans les différentes disciplines, le tableau autistique révèle des origines diverses, avec des degrés d'autisme plus au moins sévères et des différences individuelles. Cependant, cela ne nous empêche pas de travailler avec des enfants relevant du spectre autistique, de continuer à nous interroger à propos de l'autisme et d'essayer de mettre en commun les différentes approches thérapeutiques pour accompagner les enfants concernés, de la façon la plus professionnelle et la plus humaine possible. Pour atteindre ce but, il serait nécessaire d'associer les sciences dites « dures » et les sciences humaines de façon complémentaire, par exemple les neurosciences et la psychanalyse. Adopter des points de vue différents nous permet de nous laisser transformer par l'autre, par des regards différents, dans un rapport d'interaction, sans pour autant perdre notre spécificité clinique.

Après les observations que nous avons faites lors de notre Master 2 concernant le langage adressé à l'enfant autiste et les réactions de ce dernier, nous avons décidé de nous intéresser plus particulièrement aux émergences du langage chez ces enfants, et notamment à l'écholalie qui sera l'objet d'étude de cette thèse.

Nous présumons que l'écholalie nous renseigne sur la façon dont les enfants autistes se servent du langage dans lequel ils baignent et que les productions écholaliques traduisent l'effort de l'enfant autiste pour remanier ce langage, dans le but d'arriver à être avec l'autre dans la communication, dans la relation, et de prendre en compte la pensée d'autrui dans un échange intersubjectif et empathique. La place du thérapeute est primordiale dans la construction de ce chemin. En s'appuyant sur les productions verbales (et

paraverbales) de l'enfant autiste, le thérapeute pourra étayer son activité de penser et la lier à son activité de rêver.

Pour étayer notre hypothèse, nous avons étudié la série d'articles de Prizant et son équipe, qui montrent que les écholalies peuvent avoir une fonction communicative dans l'échange linguistique de l'enfant avec autrui. Puis, nous essayerons de tisser des liens entre le processus de construction corporelle chez l'enfant autiste et l'apparition des écholalies et leur évolution. Nous évoquerons différentes expériences cliniques auprès des enfants autistes, notamment l'échange avec un robot dans le chapitre 4, pour finir avec le partage autour de la créativité chez l'enfant autiste.

Une des questions qui nous est venue à l'esprit, lors de la rédaction de cette thèse est la suivante : comment parler de psychanalyse lorsque l'on n'est ni psychanalyste ni psychologue ? La réponse se trouve très certainement dans l'expérience clinique. Notre parcours « atypique » s'avère un avantage au moment de parler d'interdisciplinarité, mais surtout de complémentarité. En effet, une formation de linguiste, de psychomotricienne et, récemment, la formation à l'approche sensorimotrice d'André Bullinger, en plus d'un intérêt personnel et clinique pour la psychanalyse, nous ont permis d'analyser les émergences du langage des enfants autistes dans une perspective holistique. Nous considérons les enfants autistes comme un tout complexe, dans lequel corps et esprit entrent en résonance avec le langage.

Étymologiquement, le mot « écholalie » est formé à partir du grec *êkhô* (écho) et *lalia* (bavardage). Le Petit Robert¹ définit l'écholalie comme la répétition automatique des paroles (ou chutes des phrases) de l'interlocuteur, observée dans certaines aphasies. Ainsi, la seule acception du mot fait référence à la neurologie et est associée à une pathologie du langage.

Le Grand Dictionnaire de la Psychologie² nous dit que l'écholalie est la répétition involontaire et dénuée de sens, par un malade, des derniers mots qu'il vient d'entendre. Ce langage en écho est fréquent chez les arriérés

1 Édition 2012, p.809.

2 Larousse (2011) p. 310.

mentaux, les déments et certains schizophrènes (surtout les hébéphrénocatatoniques).

Sigmund Freud, quant à lui, n'a pas parlé de l'écholalie proprement dite, mais, faisant allusion à la compulsions de répétition et au langage, il écrit :

« Dans l'inconscient animique [...] on peut reconnaître la domination d'une contrainte de répétition émanant des motions pulsionnelles, qui dépend vraisemblablement de la nature la plus intime des pulsions elles-mêmes, qui est assez forte pour se placer au-dessus du principe de plaisir³ ». Nous voyons là lien entre l'écholalie et la compulsions de répétition. Comme nous allons le développer, certaines écholalies peuvent être perçues comme un acte compulsif, une quête de sens. « L'être humain trouve dans le langage un équivalent de l'acte, équivalent grâce auquel l'affect peut être « abrégé » à peu près de la même façon⁴ ».

À notre connaissance, il n'existe pas encore en France, de thèses entièrement consacrées à l'écholalie dans l'autisme. Nous pensons que nos observations, sans prétendre être achevées ou dogmatiques, peuvent apporter une vision nouvelle de l'émergence et de l'évolution du langage chez les enfants autistes. Il nous arrive encore d'écouter, en réunion de synthèse, des collègues pour qui le langage d'un enfant autiste se réduit à une caractérisation écholalique, sans que l'on cherche à aller plus loin. Pourquoi ne pas tenter de s'intéresser au sens de ces écholalies ? Pourquoi ne pas considérer que l'enfant, par la répétition, s'efforce de nous dire quelque chose ? Nous nous retrouvons alors face à une réalité indéniable : l'écholalie dérange (et agace ?), comme toute différence peut le faire, et peut nous mettre face à notre impuissance.

Notre propos consistera à montrer ce que la vision psychanalytique de l'autisme peut apporter à d'autres types de thérapies (en plus de la psychothérapie) destinées à des enfants autistes, et plus particulièrement,

³ A. DELIRIEU, « Sigmund Freud, Index thématique » Paris, Economica, Anthopos, 2008, pp.1402-1403

⁴ Ibid.

dans notre cas, à la psychomotricité. « L'exploration psychanalytique montre que la relation au monde concret, avec ses dimensions spatiales et temporelles, passe nécessairement par le truchement de la relation humaine à un ou des partenaires. C'est dans sa relation à l'autre que l'enfant peut donner sens et organisation à ses propres vécus. Ensuite, mais ensuite seulement, il recherchera, dans l'expérience qu'il fait du monde concret, ce qu'il a vécu dans cette relation, il en répétera les séquences, il en explorera les différents aspects, il s'appropriera activement ce qu'il a dû subir passivement⁵ ». Dans cette optique, la psychanalyse vient marquer une différence par rapport aux méthodes cognitivo-comportementalistes aujourd'hui considérées comme largement suffisantes pour une prise en charge efficace de l'autisme. L'approche psychanalytique nous amène à nous laisser modeler par la différence qui surprend, nous permet une ouverture à l'autre et à l'inattendu, nous prépare à accueillir la complexité de la pensée d'autrui, mais surtout, nous invite à tisser des liens, à donner du sens au matériel apporté par nos patients et à partager les liens établis avec eux.

La psychanalyse peut apporter un étayage à l'émergence et évolution du langage en attribuant du sens aux comportements des enfants autistes au sein de l'échange en séance de psychomotricité. Dans ce chemin de rencontre avec l'autre que parcourt l'enfant autiste, un rôle primordial, et difficile est accordé au thérapeute. Le langage de l'enfant autiste se présente comme une effraction de règles communicationnelles de l'échange. L'écholalie, vue comme une compulsion de répétition, est très difficile à vivre par le thérapeute, tant que ce dernier n'est pas en position de lui accorder un sens, ni même d'en rêver, dans sa relation thérapeutique avec l'enfant autiste. Cette partie s'avère une réflexion autour du processus thérapeutique et de la construction du devenir « je » de l'enfant autiste car il y a un effet contre-transférentiel dans la relation thérapeutique, même en psychomotricité. Nous croyons que depuis la place de thérapeute, il faut se laisser surprendre

⁵ Houzel, D. (2006) « L'enfant autiste et ses espaces ». *Enfances Psy* n° 33(4):57-68.p 63

par ce qui intéresse l'enfant et faire preuve d'un certain optimisme sans lequel l'enfant ne va pas pouvoir avancer. C'est un point de vue qui s'éloigne des préceptes des thérapies cognitivo-comportementales lesquelles attendent une performance pragmatique de la part de l'enfant autiste. Nous considérons que le rôle du thérapeute est de laisser une place aux émergences de l'enfant et dans le même temps de se rendre disponible pour l'accompagner dans son initiative tout en essayant de trouver avec l'enfant du sens dans l'échange, de lui prêter l'illusion d'une relation, à l'instar d'une mère avec son petit enfant lorsqu'elle lui prête son monde, ses idées, ses associations : celle-ci va immerger son enfant dans un monde de sens, du sens qu'elle lui prête, qu'elle lui donne.

Il est très difficile pour la mère de l'enfant autiste de maintenir tout cet univers créatif, car l'enfant ne lui répond pas, la renvoyant à un sentiment de solitude et pourquoi pas de folie, d'enfermement hors de la réalité. De ce fait, le thérapeute se trouve dans la nécessité de relancer continûment l'échange, de construire un pont qui ne tiendra que d'un seul côté pendant une durée indéterminée. La relation thérapeutique avec l'enfant autiste nous oblige également à recourir à notre imagination pour essayer de faire tous les liens possibles, de la même façon que le psychanalyste dans la cure.

Par ailleurs, les enfants autistes ont une hypersensibilité aux informations spatiales et humaines. La pensée est très difficile pour eux, il y a peu de place pour la rêverie, car les angoisses corporelles les habitent. Ces enfants sont très connectés à tout, très envahis, ils peuvent s'éloigner de nous car nous sommes très complexes à déchiffrer. Ainsi, le but principal du thérapeute est d'alimenter en permanence une rêverie partagée. Il va lui falloir faire un voyage vers l'enfant autiste. Lorsque l'enfant autiste essaye de faire de la transmodalité sensorielle, il peut arriver à une certaine flexibilité, et venir vers nous. Le thérapeute doit s'intéresser aux variations, chercher toute micro-variation, tout microchangement dans les échanges. Lorsque le thérapeute raconte les émotions, l'enfant autiste pourra se les représenter et

faire des liens pour parvenir à la construction d'un espace consistant, en volume. La mise en mots de la sensorialité archaïque (par l'olfactif, le gustatif, le proprioceptif) permet à l'enfant de mieux apprécier son vécu interne. Avant de parler de l'imaginaire, on partage les images pour créer des liens d'attachement.

L'attention conjointe est facilitée par le partage d'un petit espace : un objet comme le robot, une fenêtre comme cela a été le cas pour Kevin⁶. L'attention conjointe permet de faire émerger dans la relation des moments de jubilation pour arriver au partage émotionnel et intersubjectif, et d'être deux dans ce partage, dans la relation et dans l'attention. Le thérapeute assume la fonction alpha de BION : les ressentis violents du nourrisson, reconnus et recueillis par la mère, transiteraient par son psychisme pour être transformés en éléments alpha, transformés et assimilables par le nourrisson. C'est la capacité de rêverie qui permet à la mère d'accomplir son rôle de transformer des objets bêta en objets alpha. La mère étaye ainsi la création d'une barrière d'éléments alfa qui sépare les vécus internes de la réalité extérieure, permettant à l'enfant le passage d'un côté à l'autre. Si la mère n'est pas apte à transformer les vécus violents de son enfant, les impressions sensorielles non élaborés ne peuvent être transformés, et deviendront des éléments bêta, éléments non intégrés, dont le sujet essayera de se séparer par le mécanisme de l'identification projective. Tous les éléments bêta non représentables ni partageables, se cumulent pour former une « écran bêta ». Cet écran provoque une indistinction entre le conscient et l'inconscient, ainsi que l'incapacité à créer des liens symboliques. Ce sont des caractéristiques de la structure psychotique et des troubles de la pensée.

Nous allons expliquer comment dans la prise en charge de l'autisme, le thérapeute va devoir assumer un rôle équivalent à celui de la mère pour transformer les éléments beta écholaliques, en éléments alpha plus facilement partageables et représentables par l'enfant autiste. Le thérapeute

⁶ Un des enfants dont nous allons parler.

recrée, il donne du sens, il contextualise et réactualise le vécu de l'enfant dans l'échange. Le thérapeute a le pouvoir de raconter la rencontre de la même façon dont on raconte une histoire ou un livre pour rendre l'enfant d'abord spectateur puis acteur dans la relation à autrui.

Réduire la complexité d'une situation amène plus facilement à l'instauration de l'attention conjointe et à la compréhension même de la situation. Qu'est-ce qui va de complexifier le lien ? C'est la fonction du moi auxiliaire que le thérapeute va prêter à l'enfant. Chez l'enfant autiste la saturation apparaît lorsqu'il n'a pas le temps de décoder toutes les afférences sensorielles du milieu. Par le partage et la mise en mots, le thérapeute va servir de décodeur, de toutes les afférences intrusives pour préparer le terrain à l'intersubjectivité.

Pour Bernard Golse « le terme d'intersubjectivité renvoie, finalement au processus de la différenciation extra-psychique permettant à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre, tout en ressentant l'autre comme un individu capable de se vivre lui-même comme un sujet distinct ⁷ » Notre hypothèse est ici que l'écholalie, chez les enfants autistes, peut être porteuse d'intersubjectivité, à condition que le thérapeute soit capable de recevoir les productions écholaliques comme un tremplin pour l'enfant autiste sur son chemin vers l'autre, et non comme un facteur limitant dans sa façon de communiquer avec autrui. Pour cela, le thérapeute⁸ doit avoir une prédisposition particulière à considérer la clinique de l'autisme dans ses particularités sensorielles, spatiales, corporelles, et linguistiques. Dans cette optique, l'écholalie, grâce à la créativité du thérapeute, peut devenir une sorte d'objet médium malléable, capable de se transformer et de se laisser façonner.

7 Golse B. (2006) « De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation) ». *Le Carnet PSY* n° 109(5):25-29. P 26

8 Nous pensons ici aux thérapeutes autres que les psychologues cliniciens (qui sont déjà sensibilisés à l'approche psychanalytique) intervenant auprès des enfants autistes, tels que les psychomotriciens, les orthophonistes, les ergothérapeutes, etc.

Le débat actuel sur l'autisme semble préconiser de plus en plus les thérapies comportementalistes. Pour ce type d'approches, l'écholalie est un « comportement-problème » à éviter ou à bannir. Nos observations cliniques soulignent l'importance de prendre en compte les écholalies, non pas comme un « comportement-problème », mais comme l'une des caractéristiques de l'émergence du langage chez l'enfant autiste. Nous considérons cette émergence comme un processus présentant des points communs avec le développement de l'enfant tout venant, mais qui a aussi ses particularités, avec une temporalité très différente et en rapport étroit avec les vécus et angoisses corporelles.

1.1. Le dispositif de recherche

En plus du matériel clinique recueilli au cours de nos interventions auprès d'enfants autistes, les données de notre étude sont également constituées par l'analyse des vidéos de consultations thérapeutiques de quatre de ces enfants. « Nous ne savons pas la part génétique, neurologique, environnementale dans l'autisme de chaque enfant. Nous essayons d'être attentifs à la complexité des facteurs bien qu'il puisse sembler plus simple d'imaginer que tout viendrait d'une seule cause, soit d'une anomalie génétique, soit d'un dysfonctionnement neuronal ou d'un facteur environnemental ou d'un événement traumatique. Les causes sont souvent multiples et non pas réduites à un seul facteur »⁹. Cependant les trois enfants sont différents les uns des autres dans leur façon de communiquer, d'investir l'autre et d'être au monde.

Les enregistrements ont été réalisés dans un CMP parisien à orientation psychanalytique, à différents moments du séjour thérapeutique de ces enfants. Nous avons également filmé ces enfants dans leurs échanges avec un

⁹ Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(1), 45-66. p. 46

robot humanoïde, Nao¹⁰, qui leur a été proposé en séance de thérapie. Nous suivons en psychomotricité deux des quatre enfants observés.

- *Ismaël* a 6 ans lorsque les premiers films avec le robot sont faits. Ismaël a des difficultés de prononciation. Il est suivi en psychothérapie individuelle, et en petit groupe. Ismaël est capable de mettre en place de l'attention conjointe mais il a besoin d'être bien étayé par son entourage.

- *Asma* est une fillette de 7 ans lors de la rencontre avec Nao. Des vidéos faites avant la rencontre avec Nao montrent des signes précurseurs de l'installation du langage. Lorsque nous la rencontrons, elle parle très peu, avec beaucoup d'écholalies, mais elle se laisse en revanche guider et étayer par la parole de l'adulte. Fait remarquable, elle se montre relativement sensible à la variation des rythmes de l'interaction, et peut spontanément les modifier, en tenant compte des réponses que son partenaire lui renvoie et en cherchant à s'adapter dans ses productions. Au cours de l'échange, elle est également en mesure d'adresser des regards à l'adulte. Asma est souvent à la recherche de stimulations vestibulaires.

- *Kevin* est un garçon de 17 ans aujourd'hui. Il a été diagnostiqué autiste vers l'âge de 6 ans. Il a 9 ans au moment des interactions avec le robot, et 4 ans lors des premières séances de psychothérapie filmées. Au niveau sensoriel, depuis son plus jeune âge, il a des irritabilités tactiles qui lui rendent difficile de toucher l'autre comme de se laisser toucher. L'exploration haptique est également problématique tant avec la paume de la main qu'avec les bouts des doigts. Kevin présente également une hypersensibilité aux bruits. Lorsqu'ils sont trop puissants ou trop nombreux, ils peuvent engendrer chez lui une rapide désorganisation corporelle. Kevin bénéficiait de plusieurs traitements dont une thérapie avec une psychologue et un psychanalyste lesquels étaient présents lors de sa « rencontre » avec le robot. Kevin a eu beaucoup de recours aux écholalies dès les premiers moments d'émergence du langage. Il a été suivi en orthophonie. Son suivi en

10 Nous détaillerons l'intervention avec le robot Nao auprès des enfants autistes dans le chapitre 4.

psychothérapie s'est arrêté il y a deux ans à cause d'une longue maladie de sa thérapeute. Des non jours un suivi en psychomotricité hebdomadaire s'ajoute à la consultation mensuelle. A plusieurs reprises l'institution a tenté de proposer l'entrée en hôpital de jour mais la famille de Kevin a toujours refusé cette orientation

- *Nils* est né en 2015. Sa naissance a été un événement traumatique. Il a été un enfant très colérique avant de pouvoir s'exprimer par le langage. Dès que les choses ne se passent pas comme il veut, il hurlait, se jetait par terre et tapait. Les parents disent avoir très peur d'avoir un enfant autiste. Nils a du mal à aller vers les autres enfants. Il a beaucoup investi les écholalies au tour de fables et comptines pour enfants. Les parents veulent bien faire et se disent plus rassurés aujourd'hui. Ils font confiance à l'équipe. Nils est suivi actuellement en psychomotricité, en orthophonie et en psychothérapie.

De nombreux chercheurs ont filmé des enfants dans leur contexte de vie habituel. Nous avons pris le parti de filmer les enfants au cours du suivi en séances de psychothérapie et de psychomotricité. Ces films n'ont pas de valeur scientifique et nous ne cherchons pas à les utiliser dans une visée statistique ou de nomenclature. Ils nous ont permis d'observer en détail les comportements de l'enfant et de les comparer, après une période non définie, qui peut être relativement longue. Nous avons donc mené des analyses en diachronie et en synchronie.

L'outil vidéo commence à être utilisé en particulier par les psychomotriciens. Le protocole de passation de certains bilans, comme le Bilan Sensori-Moteur d'André Bullinger (BSM), exige un enregistrement filmé de la séance. Nous ne filmons pas seulement les bilans psychomoteurs, mais aussi des séances choisies de façon aléatoire, pour mieux nous rendre compte de l'évolution des patients. Il va de soi que l'autorisation écrite des parents est demandée. Ainsi, dans notre façon de travailler, l'outil vidéo

participe non seulement à l'élaboration du bilan, mais témoigne également de l'évolution du patient.

Nous nous sommes servis de la vidéo pour analyser le contexte de production des écholalies des enfants, afin de réfléchir sur la valeur communicationnelle de ces énoncés. Le découpage en microséquences des séances filmées nous a permis d'observer des microvariations dans les échanges avec les enfants autistes. Notre hypothèse est que ces microvariations correspondent à une manière particulière de tisser des liens intersubjectifs par le biais du langage, ce qui est souvent difficile à percevoir au moment de la séance avec l'enfant. La possibilité, offerte par la vidéo, de regarder plusieurs fois les séquences nous a aussi permis d'émettre des hypothèses et de les corroborer. Pour analyser les séquences vidéo, nous avons mis en œuvre nos connaissances en linguistique et en psychomotricité. Cette double perspective nous permet de mettre l'accent sur l'utilisation du langage verbal et corporel dans les moyens de communication mis en œuvre par l'enfant autiste, et sur le besoin qu'il a d'être étayé par les adultes autour de lui.

Il nous a également paru nécessaire de nous tourner vers l'approche psychanalytique de la prise en charge des enfants autistes pour essayer de mieux comprendre les liens qui unissent corps, langage et psychisme.

Nous pensons, avec A. Morgenstern, que « l'outil audiovisuel quand il est utilisé avec suffisamment d'expertise permet d'accomplir une véritable investigation vidéographique et de saisir la complexité des interactions sociales (paroles, gestes, expressions faciales, regards, attitudes, postures). Le dispositif filmique ouvre à un mode de connaissance anthropologique qui n'est pas encore suffisamment exploré dans certains milieux de recherche cependant, les avancées des sciences humaines et sociales dans ce domaine peuvent être utiles à d'autres domaines scientifiques¹¹ ».

11 Morgenstern, A. (2019). Le développement multimodal du langage de l'enfant : Des premiers bourgeons aux constructions multimodales. P.30

Nous avons commencé à nous intéresser au langage de l'enfant autiste au cours de notre cursus de Master 2 en Sciences du langage. À cette époque, nous avons participé, dans le cadre d'un stage, à un dispositif mis en place par le Centre Médico-Psychologique où nous travaillons actuellement. Il s'agissait d'un suivi proposé à un enfant dans son école maternelle. Nous étions plusieurs stagiaires intervenant par binômes pour proposer des moments de jeu spontané à cet enfant pour lequel se posait la question de l'autisme. Cette expérience visait à soulager l'école et à offrir à l'enfant des moments d'échange avec un nombre réduit de participants. En fait, les particularités sensorielles des enfants autistes rendent difficiles les activités groupales et un environnement comme l'école s'avère très désorganisateur pour eux, que ce soit en raison du bruit, de nombre important d'informations sensorielles à traiter ou de la nécessité de nouer des liens intersubjectifs avec les autres élèves et les adultes présents. Les repas à la cantine et la récréation sont des moments pénibles du fait de l'impossibilité, pour l'enfant autiste de gérer plusieurs informations sensorielles en même temps.

Ce groupe de travail était supervisé par un psychanalyste. Les autres stagiaires et nous-mêmes avons étudié ensemble les particularités de l'émergence du langage chez cet enfant autiste. Lors du groupe de supervision, nous discutons de chacune de nos interventions. Cette mise en commun nous a permis de reconstruire ensemble les références contextuelles de l'enfant et la façon dont il arrivait à les mettre en lien avec nous.

L'ensemble des observations réalisées lors de ce stage a constitué le matériau de notre mémoire de Master 2 en Sciences du langage, lequel portait sur le langage adressé à l'enfant autiste. Vers la fin de nos études de psychomotricité, nous avons choisi de poursuivre notre recherche et d'approfondir la question de la communication chez l'enfant autiste. Nous avons conservé les analyses des vidéos et les conclusions du groupe de travail. Entretemps, nous avons eu l'occasion de travailler avec un robot et de le faire intervenir dans les séances de psychothérapie de certains enfants

autistes suivis au CMP, et parmi eux l'enfant qui avait fait l'objet du groupe de travail à l'école. Comme nous l'avons mentionné, les séances avec le robot ont été filmées. Elles nous ont permis de comparer les échanges de l'enfant autiste lors de situations impliquant différents intervenants, de suivre son évolution et d'identifier ses difficultés pour mieux orienter sa prise en charge.

Le suivi de cet enfant en particulier sera le fil rouge de notre recherche. Nous l'appellerons Kevin. C'est à partir de ses productions linguistiques que nous avons commencé à nous interroger sur les écholalies et à supposer que, en dépit d'un certain vide nosographique à ce sujet, il serait possible, voire souhaitable de l'aborder d'une manière plus optimiste. Les études de psychomotricité nous ont fourni les outils d'observation clinique et d'analyse nécessaires pour relier la problématique des écholalies, et d'un langage répétitif, à des angoisses corporelles envahissantes. Cependant, parler d'un seul et unique patient nous a semblé un peu trop restrictif. Nos réflexions se sont enrichies de la clinique d'autres patients autistes, dont le début du suivi est plus récent et qui ont également eu recours à l'écholalie comme mode de communication dans l'échange intersubjectif.

La base de données de notre recherche est ainsi constituée des films des séances de psychothérapie, des films des séances de psychomotricité, des notes du dossier clinique, ainsi que des productions plastiques des enfants (dessins, peintures). Ces productions plastiques, au même titre que les productions écholaliques, participent à la création des liens intersubjectifs, lorsque le thérapeute les accueille comme des opportunités pour développer la narrativité et les imaginaires partagés.

Lorsque nous avons passé en revue la littérature existante sur ce sujet, nous avons été surpris par la façon dont l'écholalie y était abordée. Comme nous allons l'exposer dans le chapitre *État de l'art concernant l'autisme : évolution du concept d'écholalie autistique depuis le premier article de Leo Kanner*, l'écholalie a plutôt été abordée, à l'exception de certains auteurs,

comme un facteur limitant du langage de l'enfant autiste. Nous nous sommes rendu compte, lors de l'analyse vidéo, qu'à certains moments, l'écholalie pouvait être un levier dans la prise en charge de l'enfant autiste. Nous nous sommes intéressés, entre autres choses, à l'importance que prend la posture des intervenants dans les propositions thérapeutiques faites à l'enfant autiste. Les échanges peuvent se trouver facilités lorsque par exemple, au lieu d'imposer le face-à-face, le thérapeute accepte d'étayer le choix du côté à côté pour faciliter le partage et la communication.

Un autre point qui a été l'objet de notre étude a été l'évolution ou les changements des capacités non verbales de l'enfant. Il faut souligner que le langage non verbal peut contribuer fortement au renforcement du lien, mais encore une fois, il faut que ces changements soient repérés, accueillis et pris en compte par le thérapeute. Les variations peuvent se présenter ou non en fonction de l'interlocuteur. Nous serions donc face à des variations qui fluctuantes. Nous allons porter une attention particulière aux microvariations, qui s'avèrent être de petites évolutions dans l'émergence du langage de l'enfant autiste et dans l'échange. Il faut alors tenir compte du diagnostic initial porté sur les difficultés de l'enfant, de son évolution et des particularités acquises dans le temps.

Par conséquent, notre façon d'aborder les écholalies s'inscrit dans la problématique globale du développement de l'enfant autiste et ne consiste pas seulement à les considérer comme un phénomène limité à une production orale. Nous croyons que c'est le point frustrant de beaucoup de recherches concernant le langage de l'enfant autiste : se limiter à l'aspect purement linguistique des écholalies, évitant ainsi tout lien avec une prise en compte de l'enfant dans sa globalité. Nous pouvons dire de façon métaphorique que le traitement des informations sensorielles par l'enfant autiste se fait en « monocanal » sans pouvoir intégrer toutes les informations en même temps, dans une sorte de démantèlement sensoriel. Ainsi, à notre connaissance, les écholalies chez les enfants autistes n'ont pas été abordées de façon intégrative dans le processus de développement de l'enfant autiste.

De plus, la plupart des personnes qui travaillent sur l'autisme soulignent la carence et non les aptitudes communicationnelles. Il y a des variations dans les énoncés écholaliques des enfants autistes en fonction du contexte et des différents intervenants. Ces variations apparaissent et disparaissent également en fonction de l'aptitude des personnes autour de l'enfant et de leur disponibilité pour donner du sens à ces énoncés.

Étant donné que l'un des intérêts de notre recherche est de nous focaliser sur l'évolution du développement des capacités communicationnelles de l'enfant autiste, et notamment l'écholalie, l'outil vidéo nous a permis de mesurer les éléments qui témoignent de cette évolution. Nous pensons qu'il existe un développement propre à chaque enfant autiste et que, suite à une prise en charge pluridisciplinaire, corporelle et psychique, l'enfant autiste évolue, que certaines attitudes s'estompent, et que d'autres apparaissent. Pour cette raison, il est important d'avoir présent à l'esprit le diagnostic initial de l'enfant, pour pouvoir le comparer avec l'état actuel et ainsi évaluer le chemin parcouru pour arriver à l'échange intersubjectif, l'évolution et les particularités acquises dans le temps. Notre but est de mettre en évidence les capacités des enfants autistes et non leurs défauts.

2. LES PRÉMISSSES NOSOGRAPHIQUES DE NOTRE RECHERCHE

Nous allons à présent développer, parmi les concepts clefs de la clinique de l'autisme, ceux qui nous paraissent présenter un intérêt pour notre étude sur les écholalies.

2.1. L'autisme et ses définitions

Depuis l'article princeps de Kanner, l'autisme a donné lieu à un grand nombre de descriptions. Nous passerons en revue celles qui nous ont paru constituer des points de repère incontournables pour l'établissement du DSM5 et dessiner une transformation historique de la définition de l'autisme. Ainsi chercherons-nous à repérer quels éléments restent encore valables et quels critères ont changé, évolué, voire disparu, en gardant le langage pour fil conducteur.

Actuellement, la nosologie de l'autisme se partage entre trouble cognitif et trouble émotionnel ou affectif. Il s'agit en effet très certainement des deux voies d'expression du même trouble. Nous n'approfondirons pas ici les questionnements concernant les causes de l'autisme, mais plutôt ceux qui concernent ses effets, ses conséquences et les outils que nous, thérapeutes, pourrions mettre en place pour accompagner les enfants autistes.

2.1.1 Kanner et son article princeps

En 1943, Leo Kanner, psychiatre américain, publie un article intitulé « Les troubles autistiques du contact affectif ». Kanner y décrit les caractéristiques des enfants présentant ce qu'il qualifie de syndrome autistique et qu'il différencie de la schizophrénie infantile. Dans cette description princeps de l'autisme, Leo Kanner publie les notes cliniques de onze enfants. En dépit des particularités propres à chacun et de leurs

différences, ces enfants ont permis à Kanner de décrire le syndrome autistique. Le fait qui attire le plus l'attention de Kanner, et qui caractérisera ce syndrome, est « l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations, dès le début de leur vie¹² ». Kanner souligne le manque d'attitude anticipatrice avant d'être pris dans les bras de leur mère et un défaut d'ajustement postural lors du portage. Tout ce qui vient de l'extérieur (les bruits forts, l'eau courante, même la nourriture) est vécu comme une intrusion. Nous savons aujourd'hui que beaucoup d'enfants autistes présentent des troubles de l'oralité.

Concernant le langage, huit des onze enfants de la cohorte de Kanner ont appris à parler avec une articulation et une phonation correctes. Ils étaient capables de nommer des objets, d'apprendre et de retenir facilement des mots longs et inhabituels. Les enfants mémorisaient précocément des comptines, listes, poèmes, prières. Toutefois, leur langage est devenu « *un exercice de mémoire indépendant, sans aucune valeur sémantique ni conversationnelle*¹³ ». Lorsque les phrases apparaissaient, elles étaient figées et les mots ne pouvaient être utilisés que dans leur contexte originel. Les pronoms personnels, ainsi que l'intonation, étaient difficilement remplacés dans l'alternance du dialogue.

Voyons ici ce qui caractérise l'utilisation du langage et son évolution chez six des enfants étudiés par Kanner, Donald, Frederick, John, Virginie, Charles et Elaine, selon les commentaires mentionnés dans son article princeps.

DONALD : Il commence par répondre aux questions fermées. Ensuite, il commence à utiliser le *je* et le *tu* de manière pas tout à fait correcte à l'âge de 6 ans. Puis on observe une amélioration de l'attention et de la concentration et il répond lorsqu'on l'appelle. Donald amorce la prise de conscience des choses qui l'entourent, pose des questions. Il est capable

12 Leo KANNER — Les troubles autistiques du contact affectif — Neuropsychiatrie de l'enfance — N° 38 (1-2) — Pages 65 à 84 — Paris — 1990 — Édition américaine originale : Autistic Disturbances of Affective Contact — Nervous Child — Volume 2 — P. 217 à 250 — New York — 1943. p. 78.

13 Ibid, p.79

d'avoir un petit dialogue concernant sa mère. Les pronoms personnels commencent à être bien utilisés, les phrases sont alors grammaticalement correctes. Des questions obsessionnelles apparaissent et s'instaure avec autrui une relation de type « utilitariste ». Lors des échanges, il n'y a ni regards ni gestes non verbaux. Il n'y a pas non plus d'ajustement postural. La relation avec autrui est décrite comme « utilitaire ».

FREDERICK : au début, il peut répondre « oui » à une question. Une difficulté dans l'emploi des pronoms personnels est évoquée, puis il utilise la répétition écholalique. Il n'y a pas de contact visuel au moment des verbalisations. Il dit « je ne veux pas de toi » quand quelqu'un le dérange vraiment. Un défaut d'ajustement postural est mentionné.

JOHN : il construit, à 4 ans, des phrases grammaticalement correctes, mais parle toujours de lui-même à la deuxième personne du singulier. À 5 ans et demi, il maîtrise mieux l'emploi des pronoms. Ses phrases sont écholaliques, mais tout à fait en rapport avec des événements de sa vie de tous les jours. Il est incapable de faire des comparaisons.

VIRGINIE : on la croit sourde (actuellement il arrive de voir des enfants sourds pour lesquels l'audition n'a jamais été vérifiée, ou très tardivement, développer des symptômes autistiques). À 7 ans, elle commence à réagir à l'appel de son prénom et au mot « regarde ». Puis elle commence à dire quelques mots à propos de ce qu'elle aime, comme « chocolat, bonbon ».

CHARLES : il parle à la troisième personne, sans jamais utiliser le « je ». Il dit : « il veut ». Il construit des phrases parlant des excréments. Il a en général un bon vocabulaire, sauf pour les pronoms. Il utilise l'impératif.

ELAINE : elle commence à parler à 5 ans en utilisant des phrases complètes et simples. Elle n'a pas une bonne utilisation des pronoms, mais l'usage du pluriel et des temps grammaticaux est correct. Elle ne se sert pas de la négation, mais en comprend le sens. Ses paroles ne s'accompagnent pas d'expressions du visage ni de gestes. Elle ne regarde pas le visage d'autrui lorsqu'elle parle. Sa grammaire est décrite comme étant « inflexible ». Elle répète une question pour acquiescer ou refuser, mais n'obéit pas.

Suite à des observations de ce type, Kanner décrit une série de « caractéristiques communes essentielles qui forment un syndrome¹⁴ », à savoir le syndrome autistique. Ces caractéristiques peuvent être énumérées comme suit :

- Repli extrême ou incapacité à établir des relations avec les personnes dès le plus jeune âge. L'enfant néglige, ignore ou refuse tout ce qui vient de l'extérieur.

- Absence d'attitude anticipatrice. Souvenons-nous que l'attitude anticipatrice est l'ajustement postural dont fait preuve un bébé aux alentours de 4 mois et qui lui permet de « s'accommoder » à la personne qui le porte, dans une sorte de dialogue tonique. Son acquisition est liée à la fréquence à laquelle l'enfant est porté. Les enfants mentionnés par Kanner ont commencé à développer cet ajustement aux alentours de 3 ans.

- La formation de phrases se fait par la combinaison de mots entendus et répétés en écho, immédiatement ou « emmagasinés par l'enfant et dits plus tard¹⁵ ».

- L'acquisition tardive du « oui » : l'acquiescement à une réponse posée est donné par la répétition littérale de cette question.

- Le sens d'un mot devient figé, ne pouvant être utilisé qu'avec la connotation acquise à l'origine.

- Les pronoms personnels entendus sont répétés à l'identique et ne se modifient pas (ou très tardivement) pour s'adapter à la situation de communication. Ce phénomène d'inversion pronominale persiste jusque l'âge d'environ 6 ans, nous dit Kanner. L'enfant va très progressivement le corriger et commencer à parler de lui-même à la première personne et aux autres à la deuxième personne.

- L'enfant a besoin de ne pas être dérangé. Tout ce qui vient de l'extérieur est perçu comme une intrusion : la nourriture le plus souvent, les bruits forts et les objets en mouvement.

14 Ibid, p. 78

15 Ibid, p. 79

- Les bruits et mouvements produits par les enfants sont restreints et répétitifs, limités par le besoin de permanence et d'immuabilité des choses. Toutes les activités deviennent des rituels figés.

- La globalité des situations est impossible à saisir en dehors de chacun de leurs éléments constitutifs fixés.

- Ils ont une « bonne relation » avec les objets. Ils les font tourner et impriment à leur corps le même mouvement qu'aux objets.

- La relation avec les personnes est différente, sans affect apparent : « les conversations tenues dans la pièce ne provoquent aucun intérêt¹⁶ ». Ils ne regardent jamais quelqu'un en face. Ils ne jouent pas avec les autres enfants, préférant toujours l'isolement, mais ils peuvent connaître des détails sur des personnes familières.

- Ils sont fascinés par les photos et les images, car elles « *ne dérangent pas* ».

- Sur le plan physique, ils ont une apparence normale avec une bonne coordination motrice fine.

Kanner mentionne également l'évolution du parcours qu'ont suivi, en général, ces enfants. Vers 5-6 ans, les répétitions sont abandonnées et les pronoms utilisés de plus en plus correctement. Le langage devient petit à petit un outil de communication, par des questions et réponses qui deviennent plus spontanées ensuite. Les bruits forts sont apprivoisés. Le contact avec certaines personnes familières se fait plus souple. Vers 8 ans, les enfants peuvent jouer dans un groupe en se plaçant à la périphérie, sans échange avec les membres de ce groupe. L'acquisition de la lecture se fait facilement, mais d'une façon monotone.

Kanner conclut en affirmant que « ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les

16 Ibid, p. 82. Cette affirmation mérite d'être discutée. Nous expliquerons notre point de vue à ce propos dans la partie 3.4 « la sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui ».

personnes, biologiquement prévu, exactement comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels¹⁷ ».

Kanner ne s'attarde pas sur les particularités de l'investissement corporel chez les enfants autistes. Il mentionne que la plupart des enfants ont une bonne coordination motrice fine, mais manquent d'ajustement postural. Cependant, la description faite par Kanner a été fondamentale pour l'étude postérieure du syndrome autistique. Selon J. Hochmann,

« Sur plusieurs lignes à partir du concept kleinien d'identification projective, Donald Meltzer a cherché à distinguer un fonctionnement psychotique par excès d'identification projective d'un fonctionnement autistique par défaut d'identification projective. L'enfant autiste, selon son hypothèse, adhère à un objet unidimensionnel, sans pouvoir se représenter son intériorité profonde. Il subit des moments de démantèlement où sa sensorialité éclate en plusieurs directions. La vision, l'audition, l'olfaction, le goût s'éparpillent dans l'espace et l'objet, en tant que lieu de rencontre consensuelle, est aboli. Dans une optique voisine, Frances Tustin, après avoir distingué les formes autistiques (la fascination pour des reflets, des fumées, des sensations cutanées ou kinesthésiques) et des objets autistiques auxquels l'enfant s'accroche pour se protéger des angoisses de chute, différencie l'autisme à carapace de l'autisme mou. Elle fait jouer un rôle originaire à des angoisses de « trou noir » et d'amputation de la zone orale contemporaine d'un sevrage mal supporté. Ces conceptions ont influencé en France des auteurs comme Didier Houzel qui a décrit ce qu'il appelle le monde tourbillonnaire de l'autisme ou Geneviève Haag qui a insisté sur les difficultés de constitution de l'image du corps chez l'enfant autiste »¹⁸.

17 Ibid p. 84

18 Hochmann, J. (2017). De l'autisme de Kanner au spectre autistique. Perspectives Psy, vol. 56(1), 11-18.

Nous étudierons un peu plus loin les travaux de Bullinger et Haag concernant la dimension corporelle de l'autisme¹⁹.

2.1.2 Le DSM5

Le Manuel statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie, dans sa version la plus récente, le DSM 5, a rebaptisé l'autisme infantile T.S.A ou « troubles du spectre autistique ». La prévalence du trouble du spectre autistique est de presque 1% de la population. Il touche quatre fois plus les garçons que les filles et n'est pas un trouble dégénératif. L'apprentissage et la compréhension sont possibles tout au long de la vie. La description du DSM 5 essaie d'illustrer les différentes nuances que l'autisme peut présenter. Les Troubles du spectre autistique sont diagnostiqués selon cinq critères²⁰ :

1 - Difficultés persistantes dans la communication et l'interaction sociales dans des contextes différents (réciprocité socioémotionnelle, comportements impliquant la communication non verbale à des fins d'interaction sociale, développement, maintien et compréhension des relations sociales).

2 - Modèles de comportement, d'intérêts ou d'activités restreints et répétitifs, se manifestant par au moins deux des critères suivants :

- Mouvements moteurs, utilisation d'objets ou verbalisations répétitifs ou stéréotypés (l'écholalie et les phrases idiosyncrasiques y sont incluses).
- Insistance sur la similitude (*sameness*), adhérence inflexible à la routine et aux modèles de comportement verbal ou non verbal.

19 Voir le chapitre 3.

20 American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington.

- Centres d'intérêt très restreints et figés, pouvant être qualifiés d'anormaux en raison de leur degré d'intérêt et de leur focalisation.
- Hyper- ou hypo-réaction à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour des aspects sensoriels de l'environnement.

3 - Les symptômes doivent être présents dans la période précoce de développement (ils peuvent aussi être cachés par des stratégies apprises).

4 - Les symptômes sont à l'origine de difficultés cliniquement significatives dans les domaines sociaux, professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement.

5 - Ces troubles ne sont pas mieux justifiés par la présence d'un déficit intellectuel ou par un retard général du développement.

2.1.3 T.S.A., langage et communication dans le DSM 5

Le déficit verbal et non verbal de la communication sociale prend différentes formes selon l'âge de l'individu, son niveau intellectuel, ses habiletés langagières et les traitements dont il bénéficie. Nombreux sont ceux qui souffrent de déficits du langage tels que le mutisme, le retard du langage, une compréhension insuffisante du langage parlé, l'écholalie, un registre de langage soutenu ou précieux, comme dans le syndrome d'Asperger ou l'autisme à haut potentiel. Même si le vocabulaire et la grammaire ne sont pas touchés, l'utilisation du langage dans les échanges sociaux est très perturbée dans le trouble du spectre autistique. Les émotions ne sont pas partagées et l'imitation d'autrui est imperceptible ou absente. Quand le langage est présent, une partie de la réciprocité sociale est absente. Le langage est employé pour demander ou nommer quelque chose

plutôt que pour commenter, partager des sentiments ou simplement échanger.

2.1.4 L'autisme défini par les autorités françaises

En avril 2019, sur leur site dédié à l'autisme²¹, les autorités françaises publient une définition de l'autisme comme étant un trouble neuro-développemental caractérisé par « un système de fonctionnement perceptif et sensoriel particulier, agissant principalement sur la communication et les interactions sociales ; les modes de comportement ; et le fonctionnement neurosensoriel et le mode de pensée de la personne atteinte ». Le site insiste sur la pluralité des formes d'autisme et la variabilité de ses manifestations, ce qui explique la dénomination actuelle de « troubles du spectre autistique ». Les troubles du spectre autistique se manifestent par un fonctionnement particulier des cinq sens de la personne autiste, ainsi que de son système vestibulaire et de son système proprioceptif. Des hyper- et /ou des hypo-sensibilités sensorielles peuvent être présentes. L'activation simultanée de plusieurs sens reste compliquée. La pensée en détail, la rigidité mentale et la difficulté à accepter les changements, ainsi que la difficulté à se mettre à la place de l'autre sont les conséquences de l'hypersensibilité de la personne autiste.

Comme nous l'avons vu, l'un des signes d'alerte de l'autisme est le déficit de la communication : l'enfant autiste se sert peu ou pas du tout du langage et son langage est incohérent. On observe chez lui la répétition inadaptée des derniers mots entendus ou de morceaux de phrases (écholalie). La communication non verbale est absente ou inadaptée. Les mouvements Fidgety à connotation de communication sociale ne se mettent pas toujours en place chez les enfants autistes, laissant place aux mouvements généraux

²¹ <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/qu-est-ce-que-l-autisme/article/autisme-definition-et-signes-d-alerte>.

sans visée communicative, ou à des stéréotypies. Cette évolution se réalise généralement à 4 mois. De plus, dès la vie fœtale, les mouvements généraux, sont plus pauvres. L'enfant autiste a une grande difficulté à exprimer ses émotions, il ne saisit pas l'implicite et ni le second degré. Il présente également des particularités dans les interactions sociales telles que « la non-adaptation des regards, la difficulté à respecter les tours de paroles, l'incapacité à se mettre à la place de l'autre, à partager un intérêt, l'hyperperception, le sens du détail²² », ainsi que la présence de comportements répétitifs (gestes, mots, rituels, stéréotypies, routines obsessionnelles, etc.). Notons ici que le terme d'écholalie est utilisé uniquement pour décrire des répétitions immédiates. Nous ne trouvons pas d'explications concernant le contexte d'apparition des écholalies ou les différents types d'écholalies auxquelles la personne autiste peut avoir recours, pas plus que sur le sens qu'elles peuvent porter.

2.1.5 À titre d'exemple

Les chercheurs en médecine et psychologie se sont largement attachés à classifier l'autisme. Le tableau suivant, issu d'un travail scientifique²³, reprend ces efforts nosographiques et illustre les chemins qu'a empruntés la définition de l'autisme depuis 1975 dans les échelles de classification internationales les plus répandues.

22 Ibid

23 Xavier, J., Bursztejn, C., Stiskin, M., Canitano, R., & Cohen, D. (2015). Autism spectrum disorders : An historical synthesis and a multidimensional assessment toward a tailored therapeutic program. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 18, p. 24.

Version	Classification	Diagnosis
ICD-9 (1975)	Psychosis with origin specific to childhood	Infantile Autism Disintegrative psychosis (=Heller's syndrome) Other (=atypical childhood psychosis) Unspecified (=child psychosis NOS, childhood schizophrenia NOS)
DSM III (1980)	PDD	Infantile autism (before 30 months) Childhood onset pervasive developmental disorder (30 months–12 years). Atypical pervasive developmental disorder (onset not specified).
DSM III-R (1987)	PDD	AD (onset during infancy or childhood) PDDNOS (onset not specified).
ICD-10 (1993)	PDD	Childhood autism Atypical autism Rett's syndrome Other childhood disintegrative disorder Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements Asperger's syndrome Other PDD PDD unspecified
DSM IV (1994) and DSM IV TR (2000)	PDD	AD Asperger's Disorder. Rett's Disorder. Childhood Disintegrative Disorder. PDD-NOS
DSM-5 (2013)		ASD Social (pragmatic) Communication Disorder

ICD: International Classification of Diseases (WHO); DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental. Disorders (APA); AD: autistic disorder; PDD: pervasive developmental disorders; NOS: not otherwise specified.

Figure 1 Version successives de l'autisme dans les classifications internationnelles.

Le syndrome autistique a suscité un nombre important d'études et recherches. Cependant, aujourd'hui encore, il nous est impossible de parler de l'origine exacte de l'autisme. Chaque discipline semble proposer un point de vue original quant à l'identification du syndrome autistique. La génétique, la neuro-imagerie, la périnatalité et la psychanalyse trouvent de plus en plus d'explications à ce syndrome, contribuant ainsi à mieux le comprendre. La clinique de l'autisme montre à quel point une approche plurifactorielle et pluridisciplinaire est indispensable.

2.2. Revue bibliographique: évolution du concept d'écholalie autistique après le premier article de Leo Kanner.

Nous allons présenter un résumé des articles écrits par des auteurs qui se sont intéressés à l'écholalie, l'ont prise comme objet d'étude et ont trouvé les conditions nécessaires pour lui accorder une valeur communicationnelle. Ces écrits datent des années quatre-vingt. La quasi-totalité de ces articles a été écrite en anglais, aux États-Unis, et à notre connaissance, il n'en existe pas de traduction en français. Nous allons en faire la revue par ordre chronologique.

2.2.1 Dyer, C., & Hadden, A. J. (1981). Delayed echolalia in autism : Some observations on differences within the term. *Child : Care, Health and Development*, 7(6), 331 345²⁴.

C'est grâce à cet article que nous avons le mieux défini notre travail de recherche. Après sa lecture, nous avons décidé d'étudier plus particulièrement les écholalies dans les échanges thérapeutiques avec les enfants autistes. Les auteurs y font la distinction entre les écholalies immédiates et les écholalies différées.

Dyer et Hadden sont les premiers à s'interroger sur l'écholalie et sa classification dans les tableaux autistiques. Cet article propose six catégories d'écholalie différée, que les auteurs qualifient comme le « développement d'un langage déviant²⁵ », c'est-à-dire un développement anormal du langage. Les auteurs indiquent que, jusqu'à la date de parution de l'article, l'écholalie a été considérée comme l'un des handicaps caractéristiques de l'autisme, comme un usage du langage devant être banni ou corrigé. La distinction postérieure entre écholalies « immédiate » et « différée » a permis d'établir un parallèle entre l'écholalie « immédiate » et le développement normal du langage. Ce parallèle a été plus difficile à établir avec les productions de l'enfant faisant allusion à ce qu'il avait retenu dans un autre contexte. Dyer, l'un des auteurs, a participé au développement de suggestions de « remédiation » pour diminuer le recours aux écholalies immédiates.

Les auteurs conviennent que « l'écholalie en elle-même n'est pas une négation de l'intention communicative de l'enfant autiste, mais qu'elle montre un désir de communication frustré par un message peu clair et par le manque de réceptivité de la part de l'interlocuteur de l'enfant autiste²⁶ ». Ainsi, une distinction doit être faite entre les différents types d'écholalie

²⁴ Nous avons choisi de garder le titre des articles en anglais.

²⁵ Dyer, C., & Hadden, A. J. (1981). Delayed echolalia in autism : Some observations on differences within the term. *Child : Care, Health and Development*, 7(6), p. 331

²⁶ Ibid, p. 332, traduction propre.

différée et les contextes de leur apparition. Six catégories ont été proposées par les auteurs. Le critère de classification a est un gradient vers l'utilisation la plus proche du langage banal. De cette façon, lorsqu'un enfant autiste emploiera une catégorie d'écholalie plus « assouplie », il utilisera moins l'écholalie stéréotypée. Les six catégories sont : l'écholalie stéréotypée, l'écholalie négativiste, l'écholalie égocentrée, l'écholalie décalée dans le temps, l'écholalie transférée et l'écholalie assouplie ou mitigée.

1. L'ÉCHOLALIE STÉRÉOTYPÉE : Elle désigne l'écholalie qui n'a pas de fonction communicative apparente pour l'enfant et dont ce dernier ne semble pas être conscient²⁷. Elle intervient sans raison apparente et cherche à exprimer des émotions comme l'anxiété, la peur, le plaisir, etc. Elle est généralement constituée de « morceaux » de discours entendus, très peu pertinents, répétés de façon identique à chaque occasion, sans respect des normes syntaxiques ni sémantiques. Elle s'accompagne souvent d'autres comportements stéréotypés. Nous parlerons plus loin²⁸ des liens entre les écholalies et la construction corporelle dans l'autisme. L'écholalie stéréotypée est la seule, selon les auteurs, qui n'aie pas de valeur communicationnelle.

2. L'ÉCHOLALIE NÉGATIVISTE : Une fois que l'enfant a suivi une rééducation ou une thérapie, l'écholalie stéréotypée évolue en écholalie négativiste, très difficile à différencier de la précédente. Elle s'en distingue par le fait que l'enfant répète la phrase pour empêcher l'autre, pas tout à fait de manière consciente, de le déranger. On y observe le tout début de l'utilisation du langage comme un moyen de manipuler une situation (par la répétition en boucle de la phrase

27 Certaines écholalies peuvent être autoadressées ou réalisées dans le but de se donner une contenance, un arrière-fond sonore ou simplement pour se faire exister (enfant malade, sons préconscients). Nous reviendrons sur cette catégorie.

28 Voir la partie 3.2 « Comment la construction corporelle, la communication et le langage se trouvent-ils liés dans les tableaux autistiques ? »

écholalique). Le contexte est très important, car l'enfant ne se réfère pas au contenu de l'énoncé, mais l'utilise pour éviter la relation avec autrui. Si d'autres auteurs parlent d'un refus d'intersubjectivité, nous préférons parler ici d'un nonaccès à l'intersubjectivité. L'enfant autiste se trouve en difficulté pour composer à deux, en raison du traitement en détail d'une seule information à la fois, en raison d'un démantèlement sensoriel éventuel: si l'autre existe, l'enfant aura du mal à se sentir exister. Les caractéristiques paraverbales de l'échange avec l'enfant autiste sont très importantes. Prenons l'exemple d'un petit garçon chez qui nous observons des contacts oculaires furtifs avec l'adulte aux moments clefs du discours. Lorsque l'adulte parle des épisodes de séparation vécus par l'enfant, cela met fin aux mouvements stéréotypés et l'enfant adresse des microregards à l'adulte.

3. L'ÉCHOLALIE ÉGOCENTRÉE : Elle s'apparente à une autorégulation au sens piagétien. C'est le « dialogue auto-adressé » utilisé par les enfants autistes. Même si les phrases utilisées sont écholaliques, elles ont pour fonction d'exprimer une certaine conscience de soi et d'exercer un contrôle. L'exemple cité ici est celui de Paul G., le célèbre patient de Kanner qui répétait « ne jette pas le chien par le balcon » pour contrôler son envie de jeter quelque chose. La difficulté à décontextualiser et ré-contextualiser est une caractéristique du comportement autistique. L'enfant répète le modèle de contrôle linguistique (verbe utilisé au mode impératif) qui, pour lui, inclut aussi l'acte original non contrôlé.

La phrase écholalique est ici liée à la réalisation d'une action. Ce comportement est plus facile à observer par les adultes de l'entourage de l'enfant, par comparaison avec le développement de l'enfant tout-venant. L'enfant va répéter « ne pas taper » pendant qu'il tape. Malheureusement, la répétition et l'interdiction impliquent pour

l'enfant la réalisation de l'acte associé à cette même interdiction. Ce qui nous intéresse ici, c'est le lien que l'enfant arrive à faire entre une phrase et une action.

4. L'ÉCHOLALIE DÉCALÉE DANS LE TEMPS (*time lag*) : « une des difficultés majeures de l'enfant autiste est le temps qu'il prend pour traiter le langage qu'il reçoit²⁹ ». Lorsque les écholalies se font très présentes, l'enfant est confronté à la difficulté d' « extraire » la partie pertinente du discours qui lui est adressé pour pouvoir l'utiliser, en laissant de côté les éléments non pertinents. Il est ainsi mis face à la difficulté de trier les informations extérieures qui arrivent toutes en même temps, sans filtre. L'excès d'informations l'amène très vite à saturation et entraîne une lenteur de l'intégration sensorielle. L'enfant autiste ne sait pas ce qu'il faut changer dans l'énoncé qu'il entend, il ne connaît pas la manœuvre qu'il doit réaliser. Il ne s'agit pas d'une énonciation vide de sens, mais il revient à l'interlocuteur d'essayer d'en trouver le sens. Nous développerons cette affirmation tout au long de cet écrit. Normalement, ce type d'écholalies est en relation avec une situation non résolue du point de vue de l'enfant. L'exemple donné par les auteurs est « as-tu pris le petit déjeuner ? ». Bien entendu, l'enfant n'est pas en train de demander à l'adulte s'il a pris son petit déjeuner en plein milieu de l'après-midi, mais il est probablement en train de parler de quelque chose qui s'est passé lors du petit déjeuner et qui l'a peut-être inquiété. La personne qui écoute se trouve alors dans une position difficile, puisqu'elle n'a pas connaissance du contexte original de production de la phrase. Pour les auteurs, traiter l'énoncé en répondant « oui, j'ai pris mon petit déjeuner » est certainement une erreur. En revanche, l'adulte peut essayer de bien tenir compte des circonstances d'apparition de l'énoncé écholalique, ainsi que de la fréquence de son utilisation par

29 Ibid., p. 337 traduction propre.

l'enfant. Nous illustrerons notre propos par une vignette clinique. Un jour, dans un groupe d'intervention à son école maternelle, nous avons proposé à Kevin de réaliser un puzzle très simple, dans lequel apparaissait l'image d'une poupée. Il a dit « la poupée cassée ». Nous lui avons dit que oui, nous avons l'impression que l'image de la poupée était cassée, mais que nous allions la reconstruire. Quelques jours plus tard, il répète, de façon incessante « la poupée cassée » à d'autres intervenants, qui se trouvent désemparés, sans savoir à quoi l'enfant fait référence, d'autant plus que, dans notre espace de travail à l'école ne se trouve pas de poupée cassée. Ce n'est que lors de notre réunion conjointe de supervision que nous avons pu faire le lien. Pour l'enfant, « la poupée cassée » voulait dire « je voudrais faire le puzzle de la poupée ». Nous observons que l'intention communicative de l'enfant est plus marquée lorsque son énoncé écholalique s'adresse à la personne ayant initialement écouté l'écholalie. Ce qui importe, dans les énoncés cités par les auteurs toute comme dans notre exemple, est que les énoncés écholaliques de ce type ne sont pas ce qu'ils semblent être. Leur contenu est en relation avec une situation vécue. Ils sont alors communicationnels, mais seule la personne qui a la chance de trouver la clef pour « interpréter » l'énoncé de l'enfant est capable de donner une réponse adéquate à l'enfant et d'attribuer à l'énoncé écholalique sa juste valeur. Dans le cas contraire, l'enfant vivra une situation d'angoisse causée par le fait de se savoir incompris. Certaines désorganisations corporelles viennent, comme chez l'enfant tout-venant, du fait de ne pas avoir les moyens de se faire comprendre. Par exemple, nous suivons au CMP un petit garçon souffrant de troubles de la production orale, sans être autiste. Alors qu'il fait des efforts de prononciation et voit que, malgré ces efforts, il n'arrive pas à se faire comprendre, il finit par être envahi par la colère.

Les personnes autour de l'enfant vont repérer le « vocabulaire » de l'enfant, une fois que ses caractéristiques « idiosyncrasiques » auront

été identifiées. L'écholalie décalée dans le temps implique le fait que l'enfant s'adresse directement à une autre personne dans une recherche d'intersubjectivité, avec un contact physique ou encore en appelant autrui par son nom. Elle est facilement reconnaissable car, si on la prend de façon littérale, l'enfant se désorganise et son recours à l'écholalie augmente. À l'inverse, un effort de la part de l'adulte pour comprendre ce que l'enfant essaie de dire entraîne une diminution des répétitions. Tant que le thérapeute ne se représente pas le sens de l'écholalie, ou qu'il ne manifeste pas son intention de le chercher, on observe une compulsion de répétition de l'écholalie, qui traduit une recherche de sens de la part de l'enfant.

5. L'ÉCHOLALIE TRANSFÉRÉE : Cette catégorie d'écholalie apparaît lorsque l'enfant a pu développer un certain degré de « socialisation ». Les phrases apparaissent lorsque les circonstances sont prédictibles. Par exemple, au moment de rencontrer quelqu'un, l'enfant dira « bonjour, enchanté ». L'enfant essaie de façon « maladroite » de maintenir un contact avec l'autre, même s'il donne l'impression de chercher à l'éviter. Les phrases sont transférées de façon grossière d'un contexte à l'autre, dans un effort, de la part de l'enfant, pour engager l'autre dans une conversation. Cependant, il manque un élément nécessaire à l'acte communicatif, à savoir le fait de considérer les réponses d'autrui comme légèrement différentes. Ainsi, l'énoncé, lié au contexte et adressé à un interlocuteur, n'est pas modifié pour tenir compte des propos de cet interlocuteur. Les mêmes phrases sont observables dans des contextes similaires³⁰ et le modèle intonatif reste inchangé. Par exemple, une phrase sera utilisée avec l'intonation caractéristique d'une question, même si le but, dans l'échange, est de donner une réponse. L'enfant ne peut pas faire varier l'énoncé de l'écholalie ni s'en différencier. De même, il ne peut prendre en compte

30 Ainsi, l'enfant est capable de s'adapter au contexte, mais pas à l'autre ni au contenu de son discours.

une variation venant de son interlocuteur en fonction du contexte. Une telle incapacité à modifier l'énoncé d'autrui se trouve certainement en lien avec l'identification par adhésivité aux propos des autres.

6. L'ÉCHOLALIE ASSOUPLE OU MITIGÉE. Dyer utilise ce terme emprunté aux descriptions de l'aphasie proposées par Pick. Sous le terme de « mitigée », il prend en compte les faibles modifications apportées à un énoncé initial. L'extension de l'énoncé écholalique se fera par l'utilisation de l'élément écholalique comme un point de repère pour un énoncé antérieur ou ultérieur. Voyons l'exemple donné dans l'article :

- « *Il dort où ton chat ?* »

- *Chat dort... je ne trouve pas mon chat³¹ »*

Cette petite modification marque les limites entre l'écholalie immédiate et l'écholalie différée. Il s'agit ici certainement d'un élément écholalique immédiat, mais sa présence démontre que l'écholalie prépare parfois à des situations conversationnelles conventionnelles. Par définition, l'écholalie différée présente un défaut de contextualisation, et par conséquent, la personne qui écoute l'enfant ne peut pas être certaine du degré de modification présent dans les énoncés de l'enfant. Les auteurs soulignent que, lorsqu'il y a de l'imitation instantanée, même sans modification, il existe des moyens d'aider l'enfant à investir la situation. Lorsque l'enfant génère du langage, l'intention de communication est démontrée et reconnaissable par l'autre, par exemple lorsque l'enfant change en « je » le « tu » d'une question qui lui est adressée³². Pour identifier la modification différée, la clef demeure l'observation et la déduction. Les petites

31 Ibid, p. 342 -Where does your cat sleep ? — Cat sleep... can find my cat. (traduction propre).

32 Nous pensons ici à la façon dont Nils nous a raconté le petit chaperon rouge, en remplaçant les noms des personnages originaux par les noms des animaux avec lesquels il jouait au moment du récit.

variations apportées par l'enfant sont considérées comme une tentative pour communiquer avec les ressources dont il dispose.

Les auteurs concluent cet article en affirmant que l'écholalie différée est un essai désespéré de la part de l'enfant autiste pour dire quelque chose de précis à quelqu'un. D'après eux, il y aurait beaucoup plus d'écholalies différées que ce qui est perçu. Temple Grandin évoque le fait que, pour répondre à une question, elle va chercher dans le « CD-Rom de sa mémoire » une phrase réponse se rapprochant le plus possible de la question.

Ce qui a attiré notre attention dans cet article est la volonté des auteurs d'établir une classification des écholalies prenant en compte tout l'univers des microvariations mises en place par les enfants autistes dans leur communication verbale. Cependant, le lien avec l'intersubjectivité, même s'il est ébauché, n'est pas développé.

Pour continuer, nous allons présenter cinq articles auxquels a participé le Dr. Prizant. Notre revue bibliographique montre qu'il figure parmi les auteurs qui se sont le plus intéressés aux écholalies dans le cadre de l'autisme et qui, dans ses analyses, a montré la fonction que pouvaient avoir les énoncés écholaliques dans la façon dont les enfants autistes communiquent. Il a également démontré le rôle capital que joue le thérapeute dans l'étayage de la communication de l'enfant autiste. `

2.2.2 Prizant, B. M., & Duchan, J. F. (1981). "The functions of immediate echolalia in autistic children". *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(3), 241-249.

Dans des études préliminaires, les auteurs ont déterminé que l'écholalie touchait environ trois quarts des personnes souffrant d'autisme. L'écholalie est décrite comme « la répétition dépourvue de sens, d'un mot ou d'un groupe de mots à peine prononcés par une autre personne ». Ces

répétitions seraient surtout évidentes lors des périodes préscolaires et scolaires. Elles se différencient des écholalies des enfants tout-venant, car elles sont plus longues et apparaissent plus fréquemment, avec beaucoup d'énoncés différés et peu d'énoncés modifiés. Certains auteurs mentionnés dans cet article considèrent l'écholalie immédiate comme étant non fonctionnelle dans l'échange, un « symptôme indésirable » qu'ils ont cherché à bannir par la mise en place de stratégies. D'autres auteurs, comme Fay et Saphiro, suggèrent que l'écholalie immédiate est utile à l'enfant autiste. Cependant, bien que ces études aient été très importantes pour comprendre les variations linguistiques structurales, elles n'ont pas approfondi la fonctionnalité des énoncés écholaliques. Prizant et Duchan décrivent dans cet article leur analyse des productions orales d'enfants autistes dans trois situations différentes : au domicile de l'enfant (*home*), à l'école en individuel et à l'école en groupe. Les critères pour cette étude ont pris en compte le contexte de production des écholalies :

- S'adresse-t-on directement à l'enfant ?
- L'enfant a-t-il changé son comportement pendant le temps de production de l'énoncé écholalique ?
- Vers qui ou quoi était dirigé le regard de l'enfant avant, pendant et après la réponse écholalique ?
- L'enfant a-t-il manifesté le fait d'attendre une réponse de la part de son interlocuteur (verbale ou non verbale) ?

L'étude a également observé les caractéristiques structurales des écholalies en comparant l'énoncé écholalique à l'énoncé initialement formulé par l'interlocuteur, afin d'identifier les changements structuraux tels que l'addition, la substitution, le tempo et l'intonation. La latence a également été mesurée. Ainsi, Prizant classe les écholalies en trois catégories : l'écholalie non dirigée, l'écholalie de réponse affirmative et l'écholalie de demande ou de sollicitation.

1. L'ÉCHOLALIE NON DIRIGÉE³³ :

Lors des productions de ce type, rien ne nous laisse penser à une attention dirigée ; ni la direction du regard ni les changements dans l'orientation du corps. L'enfant n'attend pas une réponse de la part de son interlocuteur. Généralement, cette écholalie apparaît lorsque l'enfant expérimente la peur, la douleur³⁴. Elle est automatique et non fonctionnelle dans la communication avec autrui. Les écholalies autoadressées³⁵ ont une fonction plus cognitive que communicative. Elles se différencient des écholalies autoadressées, car elles ne cherchent pas à obtenir une réponse, mais à « guider » le comportement de l'enfant. L'auteur montre qu'un comportement similaire est observé chez l'adulte face à une réalisation motrice difficile, comme apprendre à danser : le nombre de pas est répété à haute voix. Nous soulignons ici l'importance de la narrativité pour se représenter une expérience. En associant le geste aux commentaires de l'adulte, l'enfant a plus de chances de comprendre ce qui lui arrive.

2. L'ÉCHOLALIE DE « RÉPONSE AFFIRMATIVE³⁶ »

Il s'agit d'une affirmation par la répétition. Cependant, la seule répétition n'est pas suffisante pour l'inscription dans cette catégorie : des signes paraverbaux tels que la direction du regard et l'orientation corporelle doivent accompagner l'énoncé pour attester l'intérêt que l'enfant porte à une personne ou à un objet. Ainsi, les enfants autistes « captent » mieux en se

33 « non focused echolalia » dans le texte original.

34 Pourrions-nous faire le lien avec les bruits que font les bébés ou même les adultes, lorsqu'ils sont en souffrance ? Il s'agirait ici d'une sorte d'écholalie servant à se rassembler corporellement, à se faire exister malgré la situation ingérable vécue au moment de la production. Elle manifeste tout de même un malaise.

35 « self regulatoires » dans le texte original.

36 « yes answer » dans le texte original.

concentrant sur la voix sans regarder en même temps. Ceux-ci peuvent donner l'impression de se désintéresser, mais ils sont au contraire très attentifs, sans pouvoir le montrer.

3. L'ÉCHOLALIE DE DEMANDE OU DE SOLLICITATION³⁷

Les auteurs ont observé que dans ce type d'écholalies, les enfants apportaient très fréquemment une modification, souvent un ajout, à l'énoncé de l'interlocuteur. L'écholalie de demande est accompagnée de signes paraverbaux nets : des changements dans la direction du regard, dans la posture et parfois dans la réalisation d'une action. L'enfant est clairement dans l'attente d'une réponse de la part de l'adulte. De cette façon, l'écholalie immédiate de demande ou de sollicitation fera le lien avec l'écholalie différée, de par sa fonction de sollicitation.

L'établissement de ces distinctions a permis aux auteurs de souligner l'importance des écholalies dans la communication des enfants autistes et la valeur qu'elles possèdent. Souvent, dans les théories comportementalistes, l'écholalie n'a pas sa place ni sa juste valeur. L'écholalie est décrite comme un comportement sans que l'on cherche à lui donner un sens. Même si Prizant et Duchan ne se placent pas du point de vue de la construction psychique, nous pouvons observer que leurs descriptions mettent en évidence le début d'une intersubjectivité chez les enfants autistes, du fait qu'ils sont en mesure d'être conscients de la présence de l'autre, de l'humain à leurs côtés, et qu'ils lui attribuent la capacité de donner des réponses à ses sollicitations, ainsi que nous avons utilisé un robot³⁸. C'est en effet à l'humain que l'enfant va s'adresser pour partager son étonnement et demander une réponse, et non pas à la machine.

37 « request » dans le texte original

38 Voir la partie 4.1 « Quelle place pouvons-nous attribuer à Nao, un robot humanoïde, en séance de psychothérapie avec les enfants autistes ?

2.2.3 Prizant, B. M., (1983). "Echolalia in autism : Assessment and intervention". *The Seminars in Speech and Language*, 4(1), 63-78.

Dans ce document, Prizant insiste sur le vide nosologique concernant la fonction de l'écholalie, dont la définition partagée par le plus grand nombre, à l'exception d'une poignée de chercheurs, est celle d'une répétition vide de sens. Prizant cite des écrits montrant que plus de la moitié des enfants diagnostiqués autistes acquièrent au moins un peu de langage oral. Ainsi, parmi les onze enfants décrits par Kanner, huit ont acquis un type de langage qualifié d'écholalique. Des études postérieures à Kanner considèrent que 75% du langage des enfants autistes est écholalique, l'écholalie étant devenue l'un des critères de diagnostic de l'autisme, faisant partie des comportements restreints et répétitifs. Cependant, il est regrettable que le rôle et la place de l'écholalie dans l'acquisition et le développement du langage ne soient presque jamais pris en considération.

Revenant sur la définition de l'écholalie, Prizant remarque que le terme est utilisé pour faire référence à « un type de répétition (peu spécifique) de mots et de phrases³⁹ ». Cette utilisation du mot « écholalie » comme un terme « fourre-tout » est encore très répandue de nos jours.

Le vide nosographique dont parle Prizant résulte également de la difficulté à se mettre d'accord sur ce que l'on considère comme étant une « répétition à l'identique ». Les enfants autistes, par adhésivité, peuvent imiter précisément la voix, le timbre de l'autre sans pouvoir se différencier. La variation dans l'intonation est-elle à prendre en compte ? Le fait de trouver un auteur qui se soit posé cette question est très important pour nous, car, comme nous le développerons plus loin, le changement dans l'intonation et d'autres caractéristiques paralinguistiques sont pour nous le marqueur d'un désir de l'enfant autiste de s'adresser à autrui en tant que sujet différencié. Prizant souligne que la plupart des études ont eu pour objectif de comparer l'écholalie à l'énoncé adressé à l'enfant en prenant en

39 « some not well specified type or repetition of words and phrases » dans le texte original.

compte uniquement la structure linguistique. Ainsi, de façon générale, dans la littérature, l'écholalie est classifiée soit comme immédiate soit comme différée, en fonction du laps de temps écoulé entre l'énoncé original et la reprise de la part de l'enfant, la première ayant recours à la mémoire à court terme et la seconde à la mémoire à long terme.

Prizant revient sur les définitions de l'écholalie immédiate pour attirer l'attention sur le fait que la plupart n'ont pas été établies par des psycholinguistes. De ce fait, les définitions se limitent à un défaut de communication ou à un manque de compréhension de l'énoncé original. Le point crucial, dans l'article de Prizant, est précisément le fait de montrer comment, dans les productions dites écholaliques des enfants autistes, compréhension et production ne vont pas toujours de pair et qu'il faut « un abord fonctionnel et pragmatique de la recherche autour de l'écholalie⁴⁰ ». Ainsi, l'écholalie immédiate, qui n'apporte rien de nouveau du point de vue strictement sémantique ni syntactique, est considérée comme dépourvue de signification par des auteurs antérieurs à Prizant.

Selon Prizant, l'écholalie différée est décrite comme « une répétition en écho de la phrase après un certain temps », ou comme « des productions hors contexte, dans lesquelles les énoncés entendus n'ont pas été restructurés⁴¹ ». La difficulté pour étudier l'écholalie différée réside dans le fait de ne pas toujours pouvoir identifier l'énoncé source pour le comparer à la production de l'enfant, pour savoir si ce dernier a pu y apporter ou non des modifications. Nous sommes tout à fait d'accord avec cette vision des choses : en tant que thérapeute, il nous serait impossible de savoir, hors contexte et de par sa structure, si un énoncé a été modifié ou non. Cependant, il existe des pistes auxquelles l'auteur invite à être attentif, comme l'usage inadéquat des pronoms personnels ou le recours à des énoncés complexes du point de vue grammatical, en comparaison avec les productions spontanées de l'enfant. Dans notre clinique, nous avons

40 p. 64

41 p. 65

observé que lorsque l'enfant commence à produire des énoncés écholaliques différés, il sera en mesure, avec l'aide de son thérapeute, de les adapter au contexte.

Dans cet article, Prizant examine l'écholalie selon différents points de vue.

Il compare la description proposée dans son article antérieur avec celles proposées par Dyer et Hadden⁴², pour présenter ensuite sa propre conception de ce phénomène et ses lignes directrices pour l'évaluation et l'intervention auprès des enfants autistes.

L'ÉCHOLALIE COMME TROUBLE DE LA COMMUNICATION

Depuis, les chercheurs qui ont abordé l'écholalie, notamment l'écholalie différée, considèrent celle-ci comme un « trouble commun chez les enfants psychotiques ou comme un comportement indésirable du point de vue fonctionnel et social⁴³ ». Cette façon de voir a abouti à la création de procédures de « remédiation » pour bannir l'usage de l'écholalie chez les enfants autistes. De nos jours, quarante ans après la publication de cet article, les courants comportementalistes continuent à prôner de telles procédures. Ainsi la méthode ABA utilise-t-elle le « Comportement Verbal (Verbal Behavior - VB - en anglais) afin de capter la motivation de l'enfant dans le but de développer le lien entre la valeur du mot et le mot lui-même⁴⁴ ». Ainsi, parmi les stratégies destinées à aider au développement du langage dans l'environnement ordinaire, cette méthode propose de « ne pas répondre à la demande de l'enfant en cas de *scrolling*, c'est-à-dire si la réponse est incohérente et si l'écholalie se répète, et d'utiliser dans ce cas la procédure de transfert d'aide après avoir obtenu un silence et un arrêt des gestes incohérents pendant au moins 3 secondes⁴⁵ ». Prizant affirme que

42 Dont nous avons parlé dans la partie 2.2

43 p. 65

44http://www.canalautisme.com/uploads/2/4/1/3/24138100/strategies_pour_enseigner_aux_enfants_avec_autisme_en_maternelle.pdf

45 Ibid.

cette conception ne prend pas en compte les particularités de chaque enfant ni les données liées au contexte de production. Nous abondons dans son sens, puisque nous estimons qu'il est nécessaire de prendre en compte toutes les tentatives de communication de la part de l'enfant et de les étayer par la narrativité et le partage émotionnel, lesquels mènent véritablement à la représentation.

L'ÉCHOLALIE COMME STRATÉGIE D'ADAPTATION ⁴⁶

Prizant propose d'aborder l'écholalie non pas comme une série de comportements isolés, mais comme un « continuum » allant des écholalies non communicatives aux écholalies communicatives, de la façon dont l'ont fait Fay, Saphiro, Carpaulo et Cohen (cités par lui), lesquels sont d'accord pour attribuer à l'écholalie une valeur communicationnelle. La linguistique descriptive a aidé à montrer que même si l'écholalie est répétitive, les répétitions ne sont pas toujours identiques. Nous avons pu observer des microvariations dans les énoncés des enfants autistes. Ce sont précisément ces microvariations qui nous ont amené à approfondir la question de l'écholalie dans l'autisme. Les auteurs dont parle ici Prizant ont établi les bases pour montrer que plus un enfant autiste a recours à des écholalies adaptées au contexte (même si elles sont rigides), plus il sera en capacité de produire des écholalies mitigées, faisant état de l'existence d'un processus cognitif. Si nous le pensons dans les termes de l'approche sensorimotrice d'André Bullinger, nous pouvons dire que les écholalies servent à l'enfant autiste à pouvoir extraire des invariants, pour qu'il puisse ensuite modifier son fonctionnement⁴⁷. L'enfant autiste a besoin de repérer des invariants quand il n'arrive pas à trier les informations qui lui parviennent. Les bébés à développement typique cherchent ces invariants dans la narrativité apportée

46 « Coping Strategy » dans le texte original.

47 Nous reviendrons sur la théorie de Bullinger dans la partie 3.2

par les soins « suffisamment bons » de leur mère. Ils peuvent ainsi en repérer le sens et le mettre en lien avec des situations similaires.

LES DESCRIPTIONS FONCTIONNELLES DE L'ÉCHOLALIE IMMÉDIATE ET DIFFÉRÉE

C'est dans l'article de 1981 (que nous venons de commenter) que Prizant propose sept fonctions de l'écholalie immédiate. Des aspects paralinguistiques ont été pris en compte pour la réalisation de cette étude, démontrant la pertinence du postulat d'un continuum écholalique. En ce qui concerne l'écholalie différée, deux études ont essayé de décrire les fonctions de l'écholalie différée : l'étude de Dyer et Hadden, que nous avons commentée au début de ce chapitre, et une autre de Prizant et Rydell. En conjuguant les deux articles (publiés la même année), l'auteur présente une classification des écholalies différées en 20 catégories, subdivisées en écholalies interactives et non interactives. Prizant souligne ainsi l'importance et la complexité de décrire l'écholalie comme porteuse des « fonctions communicatives et cognitives dans les échanges courants des enfants autistes⁴⁸ ».

Les catégories fonctionnelles de l'écholalie :

- Prendre un tour de parole (*turn talking*)
- Achèvement verbal (*verbal completion*)
- Fournir de l'information (*providing information*)
- Étiqueter (*labeling*)
- Protester (*protesting*)
- Demander (*request*)
- Solliciter (l'attention) (*calling*)
- Affirmer (*affirmation*)
- Diriger (*directive*)
- Non focalisée (*non focused*)

48 p. 69

- Association de situations
- Autocontrôle (*self-directive*)
- Duplication (*rehearsal*)
- Étiquetage non interactif (*label*)
- Stéréotypée (*stereotypic*)
- Négativiste (*negativistic*)
- Egocentrée (*egocentric*)
- Décalée dans le temps (*time lag*)
- Transférée (*transferred*)
- Mitigée

Comme nous pouvons l'observer, le fait de s'interroger sur la fonction des écholalies nous amène à une meilleure connaissance de la façon dont l'enfant autiste essaie de se mettre en relation avec l'autre pour déployer son intersubjectivité.

L'ÉCHOLALIE ET L'ACQUISITION DU LANGAGE

L'écholalie peut être considérée comme un phénomène dynamique et parfois transitionnel, que ce soit chez les enfants autistes, les enfants tout-venant ou les personnes souffrant d'autres pathologies. Parlant spécifiquement de l'autisme, Prizant nous indique qu'une grande partie des chercheurs considèrent que la production des écholalies s'oppose au développement du langage créatif et qu'elle doit disparaître soudainement pour laisser place au langage spontané. Autrement dit, si le langage est écholalique, il ne peut pas être considéré comme créatif. À l'inverse, Prizant affirme que « la présence des écholalies s'avère un indicateur du bon pronostic pour le développement de la communication⁴⁹ ». Cette position minoritaire conçoit l'écholalie comme étant dans les limites du contexte du développement cognitif et linguistique de l'enfant. Comme nous l'avons évoqué précédemment, cet article et les suivants du même auteur ont été

49 p. 69

publiés pendant les années 1980. Nos recherches bibliographiques mettent en évidence qu'en France, un tel questionnement est plus récent.

Ainsi, l'écholalie serait une étape nécessaire à l'acquisition du langage. Nous savons que les enfants tout-venant ont recours à l'écholalie. En 1997, Bataxe et Simmons ont suggéré que « les enfants autistes acquéraient le langage par le biais de stratégies alternatives⁵⁰ ». Ils abordent le code linguistique en analysant de petits segments de langage répétés, plutôt qu'en passant par la production d'un mot, en l'associant avec un autre, puis avec un troisième, comme le font les enfants tout-venant. Ils ont également souligné la difficulté pour les enfants autistes de percevoir et de reproduire les caractéristiques prosodiques du langage. Il n'est pas évident, pour les enfants autistes, de segmenter le langage dans ses unités constitutives (mots, phrases, etc.). Les segments chantés sont plus facilement repérables de par leur segmentation prévisible, contraire à l'imprévisibilité du langage parlé. Pour les enfants autistes, les éléments du langage pourraient être des phrases, des énoncés, voire une conversation complète. Prizant, suivant cette idée, explique l'écholalie chez les enfants autistes comme une stratégie de Gestalt. Les enfants autistes seraient ainsi limités à un modèle extrême de Gestalt pour le traitement des informations : « le langage, les expériences environnementales et les échanges sociaux peuvent être traités comme des unités à part entière qui ne peuvent être comprises que lorsqu'elles sont vécues de la même façon dont elles ont été vécues la première fois⁵¹ ». Cette théorie pourrait expliquer la difficulté des enfants autistes face aux changements. Les échanges linguistiques et communicatifs, de par la complexité des ajustements qu'ils demandent, seraient particulièrement concernés. Même si, aux yeux de Prizant, cette théorie nécessite encore de faire l'objet de recherches, elle a le mérite de s'opposer aux courants comportementalistes, et aborde les modèles de développement cognitif et

50 P. 70.

51 P. 70

communicatif des enfants autistes comme une stratégie particulière, avec les difficultés particulières propres à chaque enfant.

LES LIGNES DIRECTRICES (OU CRITERES) DE L'EVALUATION DE L'ECHOLALIE CHEZ LES ENFANTS AUTISTES

Prizant a pour but d'établir un profil fonctionnel des écholalies de l'enfant autiste en relation avec son système général de communication. Il définit plusieurs fonctions des écholalies : l'interaction ou la volonté d'échanger avec autrui, la compréhension, l'incidence de l'écholalie sur les comportements de l'enfant, la rigidité de la répétition, la latence et d'autres points concernant l'écholalie différée.

- *L'interactivité ou la volonté d'échanger avec autrui* : s'il faut admettre qu'un certain nombre de productions écholaliques ne semblent pas avoir comme objectif l'échange avec autrui, elles peuvent toutefois avoir une autre fonction. Elles peuvent être produites à titre d'autostimulation, par exemple, ou avoir une fonction plus cognitive telle que l'autorégulation. La posture et ses changements, la direction du regard, les gestes comme le pointage, l'intensité et la fréquence de la répétition de l'énoncé si la réponse obtenue n'est pas celle attendue, seront des indices incontestables de la volonté d'échanger avec autrui.
- *La compréhension* : elle peut être déterminée par l'observation de comportements non verbaux, avec les objets et avec les personnes, après la production écholalique. Prizant énumère les actions auxquelles il faudrait être attentif : gestes, mouvements, le fait d'attendre une réaction de la part d'autrui. Cependant, il serait nécessaire de distinguer les tentatives d'échange témoignant d'une certaine compréhension, des actions dont les enfants autistes sont familiers.

- *L'incidence de l'écholalie sur le comportement de l'enfant :* Les écholalies peuvent servir à l'enfant autiste à améliorer sa communication, mais elles peuvent également étayer des processus cognitifs ou réguler la motricité, par exemple.
- *La rigidité de la répétition :* les changements dans la structure de l'énoncé, entendu comme « l'ajustement des pronoms personnels, le changement dans le temps des verbes, les changements d'intonation, peuvent indiquer un certain degré de développement du langage⁵² » et la capacité à passer d'un point de vue égocentré à un point de vue allocentré. Ces changements sont plus faciles à identifier dans le cadre des écholalies immédiates, mais il est tout à fait possible de les repérer également dans les écholalies différées, si l'environnement de l'enfant s'y prête.
- *La latence :* le temps écoulé entre l'énoncé adressé à l'enfant et sa répétition par ce dernier apporte, d'après Prizant, des éléments d'analyse pertinents. Ainsi, les énoncés répétés immédiatement après avoir été entendus semblent présenter moins d'interactivité. Pouvons-nous considérer que les énoncés répétés avec peu de latence aident l'enfant autiste à soutenir sa mémoire de travail, qui s'efface si elle n'est pas partagée ?

AUTRES ASPECTS DEL'ECHOLALIE DIFFEREE

Pour Prizant, les enfants ayant recours à ce type d'écholalies pour amorcer un échange ont certainement de très bonnes chances d'accéder à un langage plus fonctionnel. La difficulté réside dans la détermination de la pertinence d'un énoncé écholalique différé, même lorsque sa valeur communicative est avérée. L'enfant peut ainsi avoir recours à un langage « privé » compréhensible par son entourage. Cependant, Prizant insiste sur

52 P. 72

l'importance de travailler conjointement avec la famille de l'enfant, ses éducateurs et ses thérapeutes pour donner du sens aux productions de l'enfant et essayer de les élargir. Le jeu sur la variation progressive des écholalies y contribue.

Ainsi les écholalies nous renseignent-elles sur les capacités de l'enfant à communiquer, sur ses progrès linguistiques et, par conséquent, sur ses relations avec autrui. Notre objectif est « d'être capables d'identifier la transition du passage d'un langage en écholalie primaire vers l'apparition de formes plus créatives en identifiant les stratégies propres à chacun des enfants⁵³ ». Prizant souligne que si une grande partie des enfants autistes conservent un langage écholalique, certains pourront, vers l'âge de 8-10 ans, passer à des formes linguistiques plus créatives. Dans cet article, un certain nombre de pistes thérapeutiques sont proposées, comme le fait de simplifier le langage adressé aux enfants autistes, de répondre aux tentatives de communication de l'enfant et de mettre en relation les écholalies avec les actions et les objets de l'environnement.

– *Simplifier le langage adressé aux enfants autistes* : « exagérer l'intonation et les pauses, avoir un débit de parole plus lent, ne pas se priver de la répétition et de la redondance, qui sont des éléments qui peuvent aider les enfants autistes à une meilleure segmentation du langage⁵⁴ ». La position de Prizant a été reprise en France par plusieurs chercheurs, notamment Gepner, qui a mis en place des stratégies pour ralentir les informations proposées aux enfants autistes. Il a créé le logiciel Logiral⁵⁵, qui permet de ralentir le son, sans déformer la voix, de films numérisés pour améliorer les capacités de traitement de l'information chez les enfants autistes. Nous considérons également, de notre position de thérapeute, qu'essayer de ralentir le flot d'informations en provenance de

53 p. 74

54 p. 75

55 <https://centrepsyche-amu.fr/logiral/>

l'extérieur en ralentissant notre débit langagier et nos mouvements constitue une preuve d'empathie. Il est établi que le traitement des mouvements et de la parole est très complexe pour les enfants autistes, et ce d'autant plus qu'ils se trouvent dans l'incapacité de traiter plusieurs informations à la fois et de les hiérarchiser.

– *Répondre aux tentatives de communication de l'enfant* : dès que l'on constate que l'énoncé écholalique de l'enfant porte une intention communicative, nous nous devons de lui répondre en reprenant l'écholalie, en la simplifiant et en l'adaptant le plus possible au langage courant.

– *Mettre en relation les écholalies avec les actions et les objets de l'environnement (lorsque c'est possible)* : Les gestes démonstratifs, le pointage le toucher peuvent aider à établir le lien entre langage et contexte. En fait, des psychanalystes comme M.C. Laznik ont démontré l'importance de théâtraliser le langage face aux enfants autistes. C'est ce qu'elle fait en utilisant le « mamanais », un langage à la prosodie très exagérée, utilisée quand elle s'adresse à un bébé à risque autistique. La narrativité introduite par le mamanais relance la rêverie maternelle et crée des liens en donnant du sens aux vécus du bébé.

Il nous semble que les suggestions de Prizant sont très en lien avec ce que nous faisons en psychomotricité. En effet, nous essayons de placer l'enfant dans un contexte temporel et spatial qui lui permettra de faire le lien entre son corps et l'extérieur, et avec les relations qu'entretiennent les objets du monde réel.

Pour conclure, Prizant rappelle que « les différences individuelles du comportement des enfants autistes sont la règle et non pas l'exception ». Ainsi les projets thérapeutiques doivent-ils s'établir de façon individualisée, selon les stratégies propres à chaque enfant.

2.2.4 Prizant Barry M. (1983). "Language Acquisition and Communicative Behavior in Autism : Toward an understanding of the "whole" of it". *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48(3), 296 307.

Depuis la publication des articles de Léo Kanner, les chercheurs ont accepté l'idée du « déficit de la communication » par lui décrit, sans que l'on puisse pour autant dégager une théorie de la communication chez les enfants autistes. En fait, la plupart des chercheurs ont préféré pointer les « déficiences » et « déviances » du langage dans l'autisme, plutôt que d'en montrer le potentiel de communication et de cognition. Dans la suite des articles présentés, Prizant réfléchit aux symptômes de la communication chez les enfants autistes, afin de mieux comprendre leurs difficultés d'échange avec autrui.

D'après lui, la communication dans l'autisme fonctionne sur un modèle de « Gestalt » (forme perçue comme constituant un tout⁵⁶), plutôt que sur un modèle analytique. Il nous prévient que son article est une première tentative de description, et non une théorie achevée.

Certains auteurs considèrent que le déficit de communication dans l'autisme est plutôt d'ordre sémantique et pragmatique, avec une phonologie et une syntaxe majoritairement préservées. D'autres se sont contentés de faire une liste des particularités des écholalies, soulignant le recours à l'inversion pronominale et à la rigidité des routines de la communication. Prizant préfère se concentrer sur l'aspect communicatif des écholalies, plutôt que sur leur aspect formel. L'auteur souligne l'importance des rituels chez les enfants autistes : ceux-ci ont une fonction d'étayage pour l'enfant, qui cherche à s'assurer de la prédictibilité des liens. Leur recherche d'immuabilité compense leur difficulté à anticiper, ce qui traduit leur difficulté à avoir une vue d'ensemble de la temporalité, ainsi que leur vécu intense de l'instant présent.

⁵⁶ Bloch, H. (2011). Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse.

L'hypothèse de Prizant est que dans l'autisme, la communication se fait par un processus cognitif différent, qu'il illustre par la théorie de la « Gestalt ».

Les « *Gestalt language forms*⁵⁷ » comprennent les énoncés qui ont été appris et mémorisés comme un tout. Celui qui produit les *Gestalt forms* n'est pas conscient de la sémantique ni de la syntaxe de l'énoncé produit. Le « *Gestalt style of language* » représente l'évolution possible des « *Gestalt language forms* ». La majorité des énoncés produits par la personne appartiennent à la catégorie de *Gestalt forms*, mais ils peuvent se développer, évoluer. Si l'individu est capable d'envisager leur segmentation, il pourra en dégager les règles implicites. Le « *Gestalt style of language* » peut se comprendre comme un continuum d'évolution. Dans le « *Gestalt mode of cognitive processing* », les événements sont mémorisés dans leur totalité sans pouvoir être analysés, sans que leurs composants ne puissent en être extraits.

Ainsi, le mode de cognition « Gestalt » s'oppose au processus analytique de la même façon que la mémoire épisodique se différencie de la mémoire sémantique. La mémoire épisodique traite la partie pour le tout sans isoler les éléments qui la composent. Nous pouvons affirmer, avec les auteurs, que la mémoire épisodique s'occupe des expériences répétitives et des routines ou rituels ; les informations sont liées au contexte d'apparition et retenues sans aucune hiérarchie. Par contraste, la mémoire sémantique nécessite un degré supérieur d'abstraction. L'information est enregistrée et classée à l'aide de concepts dans la mémoire à long terme. Le langage représentera de façon symbolique ces informations. La mémoire sémantique est capable de d'isoler les informations essentielles. Cependant, les deux types de mémoire, épisodique et sémantique, ne s'opposent pas. Un continuum peut être perçu, allant de la remémoration du même à la décontextualisation.

57 P. 299

Prizant démontre, à l'aide des auteurs ayant exploré ce sujet, que les deux types de processus, épisodique et sémantique, se trouvent présents chez les enfants tout-venant. Cependant, l'émergence du langage fait davantage appel au processus sémantique, car l'enfant doit pouvoir « reconstruire des phrases et non pas seulement les réciter⁵⁸ ».

Concernant l'utilisation du langage chez les enfants tout-venant, Prizant mentionne des chercheurs ayant mis en évidence deux styles différents d'acquisition du langage : le style analytique et le style Gestalt.

1. *Le style analytique* : à partir de l'apprentissage de mots isolés, l'enfant va pouvoir construire et enrichir des énoncés en combinant les mots entre eux grâce à l'application des règles linguistiques qu'il va pouvoir déduire grâce au contexte.

2. *Le style Gestalt* : l'enfant commence par utiliser des fragments d'énoncés sans avoir de connaissance des règles qui les régissent ou du sens spécifique des parties qui les composent. Pour autant, l'utilisation de ces fragments de langage peut se trouver en accord avec le contexte.

Une fois encore, Prizant affirme qu'il ne s'agit pas de deux styles exclusifs l'un de l'autre, mais des pôles opposés d'un même continuum.

Deux types d'acquisition peuvent être observés : le « *word baby* » et l'« *intonation baby* ». Les « *word babies* » optent pour une prononciation claire des mots isolés. Les « *intonation babies* » préfèrent des énoncés longs avec une intonation précise et une structure grammaticale correcte, même s'ils ne sont pas conscients du contenu.

Dans la même ligne, Prizant nous parle des études de Nelson, qui a identifié les enfants « référentiels » et les enfants « expressifs ». La plupart des enfants étudiés ont été classés comme des enfants « référentiels », s'intéressant d'abord à des mots uniques évoquant le nom des objets, puis aux verbes et finalement à quelques adjectifs. Les enfants dits

58 P. 48

« expressifs » s'intéressent d'abord aux énoncés complets, plus utiles dans les interactions. Les premiers se rapprochent davantage d'un processus de traitement de type analytique et les seconds d'un processus de traitement de type Gestalt.

Fillmore, cité par Prizant, a étudié, à l'époque, les enfants hispanophones qui apprenaient l'anglais comme deuxième langue. Il a constaté que la plupart des enfants avaient tendance à utiliser les phrases en anglais apprises en association avec un contexte déterminé, le plus souvent en lien avec des expériences routinières, même si les enfants n'étaient pas conscients de la structure de ces phrases. Il s'agissait en effet de phrases « toutes faites », ou *Gestalt*. Nous y voyons un parallèle avec l'usage « écholalique » que peuvent faire les enfants autistes de certains mots comme *bonjour*, par exemple. Cette préférence serait liée aux capacités de mémorisation plus importante pour ce type de phrases « prêtes à l'emploi », dont peuvent faire preuve les enfants autistes. Mais si les enfants qui apprennent une deuxième langue ont le choix entre différentes stratégies, il semblerait que, pour les enfants autistes, la possibilité de choisir n'existe pas.

Ensuite, Prizant nous parle des études de Krashen et Sarcella. Ceux-ci se sont également interrogés sur l'acquisition d'une deuxième langue, en proposant deux modèles : le modèle des énoncés routiniers complètement préfabriqués, dans lequel les enfants vont se servir d'énoncés « tout prêts », encore une fois sans avoir conscience du contenu syntaxique/sémantique, et le modèle des énoncés préfabriqués, mais partiellement créatifs. Dans ce dernier cas, une partie de l'énoncé est apprise par cœur et le reste est à compléter. L'exemple donné dans l'article est « je veux un _____ », « C'est un _____ ». Pour Prizant, le premier modèle ressemble fortement aux écholalies différées et le second aux écholalies différées mitigées, dans lesquelles l'enfant peut apporter une modification à l'énoncé.

De telles approches de l'acquisition du langage nous montrent la pertinence de l'utilisation des formes Gestalt dans ce processus, d'une part du fait de leur valeur instrumentale dans les interactions sociales et, d'autre

part, comme un tremplin aidant l'enfant à développer un langage plus créatif et communicatif⁵⁹. Il s'agit en effet d'une hypothèse à propos de la façon dont les enfants autistes acquièrent le langage et de leur modalité cognitive.

LES MODELES GESTALT DE COMMUNICATION CHEZ LES ENFANTS AUTISTES ⁶⁰

Lorsqu'un enfant a recours à l'écholalie immédiate, il se trouve initialement dans l'incapacité d'en analyser le contenu. Puis, de façon progressive, il peut commencer à dissocier les éléments qui forment l'énoncé, à établir les relations qui existent entre eux, il se trouve alors en mesure de modifier une partie de ces énoncés, et ce de façon pertinente. L'écholalie se transforme ainsi en écholalie mitigée. Chez certains enfants autistes, chaque variation devient une nouvelle histoire. Les enfants autistes hyper-catégorisent et, selon Mottron, les variations sont alors autant de repères différents, sans accès au concept ni adaptation au contexte.

L'écholalie différée illustre assez bien le traitement Gestalt continuum précédemment décrit, car en associant un énoncé à un contexte ou à son vécu émotionnel, l'enfant essaie de restituer la totalité des formes linguistiques entendues auparavant. Notons que la découverte des liens entre l'énoncé écholalique différé et l'énoncé source suscite une grande émotion chez les personnes de l'entourage familial⁶¹.

« L'écholalie différée semblerait être une reproduction de morceaux d'événements retenus dans la mémoire épisodique⁶² ». Dans l'autisme, les formes Gestalt peuvent être utilisées à la place du langage créatif, mais Prizant assure qu'elles sont également communicatives. Avoir en tête ce mode de traitement cognitif peut aussi nous éclairer sur la façon dont les

59 En faisant appel à l'intersubjectivité.

60 « Gestalt patterns in autistic communication » dans le texte original.

61 Dans la partie 2.2.1 nous avons évoqué l'exemple de Kevin. et « la poupée cassée » pour illustrer cet exemple,

62 P. 302

enfants autistes s'approprient les interactions sociales. Ils peuvent mémoriser les énoncés nécessaires à l'ouverture ou à la clôture d'une conversation, mais ils auront du mal à les ajuster aux règles implicites du langage. Ils se sentent plus concernés par la structure globale de l'énoncé que par son contenu. Ainsi, d'après Prizant, l'insistance de l'enfant autiste pour que l'adulte répète une phrase associée à une expérience routinière peut se trouver en lien avec le besoin d'établir des Gestalt interactionnelles. L'extrême besoin de « *sameness* » peut être causé par une forme Gestalt extrême de traitement de l'information. Prizant fait l'hypothèse suivante : comme le mode Gestalt peut difficilement s'accommoder des demandes analytiques et non verbales de la communication, on en déduit que l'enfant autiste évite l'interaction sociale, laquelle procure trop d'imprévisibilité et de complexité. Pour résumer, les modèles de fonctionnement linguistique des personnes autistes se caractérisent souvent « par la répétition des formes non analysées qui peuvent être non communicatives ou qui peuvent être utilisées comme un moyen d'exprimer une intention de communication⁶³ ». De la même façon, les personnes autistes utilisent ce modèle pour les échanges sociaux, mais avec une difficulté de représentation. Nous verrons en quoi les émotions partagées, la narrativité, ainsi que le jeu sur les variations facilitent l'accès à la représentation et diminuent progressivement les écholalies au profit d'une ouverture à la nouveauté, à une certaine spontanéité et à une certaine créativité, avec au minimum un accès à des variations à partir du même.

L'ACQUISITION DU LANGAGE ET LE TRAITEMENT DU TYPE GESTALT

Selon les auteurs cités par Prizant, en ce qui concerne l'acquisition du langage, les enfants tout-venant établissent un continuum entre le mode de traitement de type Gestalt et celui de type analytique. Le petit nombre d'enfants chez qui prédomine un mode de traitement de type Gestalt

63 P. 303

acquièrent le langage plus difficilement. C'est également le cas des enfants autistes lesquels, comme nous l'avons évoqué précédemment, n'ont pas le choix. Pour eux, l'entrée dans le langage peut s'avérer véritablement douloureuse. Les enfants qui demeurent écholaliques et bloqués dans le continuum vers le mode analytique ont certainement des limitations cognitives. Après une période de traitement Gestalt de l'information, les enfants dotés d'un potentiel cognitif plus important pourront avancer vers ledit continuum. Prizant a illustré sa théorie à l'aide d'un graphique⁶⁴ :

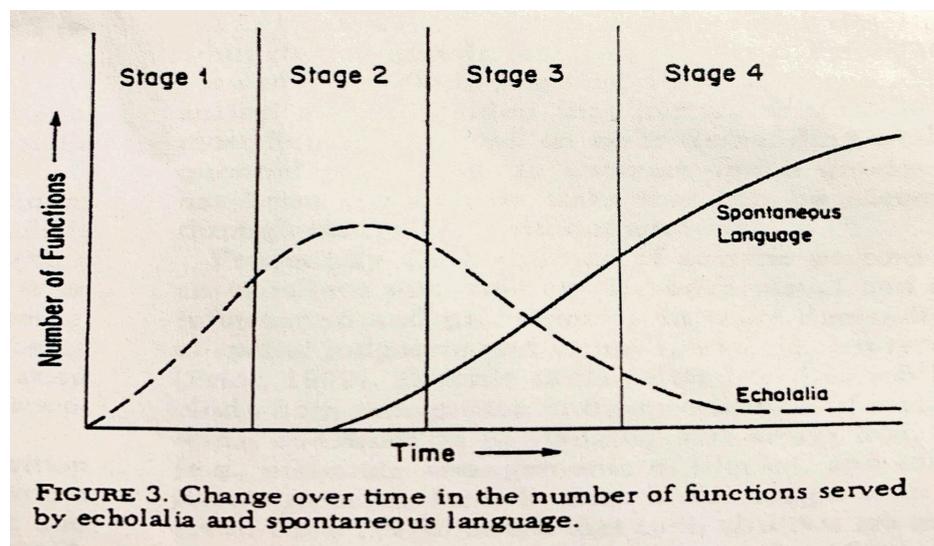


Figure 2. Changement du nombre de fonctions attribuées à l'écholalie et au langage spontanée en fonction du temps.

Au stade 1, les productions écholaliques ont plutôt un but conversationnel et certaines d'entre elles peuvent être non-dirigées ou auto-stimulatrices. Au stade 2, même si un mode de traitement Gestalt peut bloquer l'enfant du fait de la prise en compte du monde extérieur et de ses liens avec son contexte familial, l'écholalie sera utile à l'enfant pour exprimer ses intentions et les partager avec son environnement. C'est très certainement à ce moment qu'apparaîtra le pointage, notamment protodéclaratif⁶⁵. À la fin de ce stade, l'écholalie commence à s'estomper. Il

64 P. 303

65 Nous expliquerons en détail le pointage.

s'agit d'un mouvement vers l'approche analytique du langage. La compréhension des structures grammaticales et syntaxiques s'accroît. Certains enfants peuvent basculer vers la production spontanée d'un ou deux mots, d'autres continuent à appliquer des combinaisons d'énoncés appris. Les écholalies continuent à être fonctionnelles. Le stade 3 mène à un usage du langage plus conventionnel et beaucoup plus conscient des structures sémantiques et syntaxiques. À ce stade, les écholalies ne sont plus fonctionnelles et seront ainsi remplacées par des énoncés spontanés. Le stade 4 est le stade final. L'écholalie n'a plus de fonction cognitive ni communicative ; elle peut apparaître dans les moments de fatigue, de confusion ou de distraction.

LE TRAITEMENT COGNITIF ET LES MODELES D'APPRENTISSAGE DANS L'AUTISME

Les capacités des enfants autistes pour la reconnaissance visuelle, la précision de l'information auditive et le traitement visuospatial sont maintenant bien connues. Pour Prizant, ces habiletés sont des activités non analytiques et non abstraites. Elles contrastent fortement avec les difficultés langagières de communication, d'interaction sociale et de raisonnement abstrait. Prizant cite des auteurs qui ont attribué ce modèle cognitif à une dominance de l'hémisphère droit du cerveau, plus holistique qu'analytique. Prizant affirme avec Fay et Schuller que les enfants autistes ont plus de difficultés dans le traitement des stimuli qui demandent à être ordonnés transitoirement de façon temporelle, comme c'est le cas de la langue parlée ; à l'inverse, les informations entraînant une perception spatiale sont statiques et donc facilement perçues comme un tout.

Des enfants tout-venant peuvent avoir un style cognitif de type Gestalt à un degré différent de celui des enfants autistes. Ainsi, c'est le mode de cognition et d'apprentissage par Gestalt qui va dicter l'utilisation de certaines formes de langage. Elles s'avèrent difficiles à concilier avec les exigences des

échanges linguistiques et classiques, eux-mêmes basés sur un style analytique.

Pour conclure, Prizant souligne que ce n'est pas la présence du modèle Gestalt linguistique et communicatif qui constitue la pathologie autistique, mais que c'est le degré de prédominance de ce modèle qui engendre des conséquences à long terme. Il invite également à continuer les recherches, sans donner une portée générale à ses remarques et en insistant sur la prise en compte de la singularité de chaque enfant autiste.

**2.2.5 Prizant Barry M., & Rydell Patrick J. (1984).
"Analysis of Functions of Delayed Echolalia in
Autistic Children". Journal of Speech,
Language, and Hearing Research, 27(2), 183
192.**

Au début de leur article, les auteurs reprennent les définitions de l'écholalie immédiate et différée. Contrairement à ce qui se passe chez l'enfant tout-venant, chez les enfants autistes l'écholalie persiste beaucoup plus longtemps, car l'émergence du langage est plus tardive. L'écholalie est une partie constitutive de leur langage⁶⁶. Il faudrait arriver à percevoir l'écholalie comme un continuum de répétition, de compréhension et d'intention communicative. Il faut considérer que « la décision de considérer un énoncé comme étant écholalique ou non, dépend de l'orientation théorique de chacun et implique un jugement basé sur des critères qui peuvent s'avérer subjectifs⁶⁷ ». Prizant reprend ensuite les classifications des écholalies immédiates et différées (nous les avons présentées en ce qui concerne les articles précédents) en citant des études antérieures. Il montre ensuite les observations qu'il a faites d'un groupe d'enfants diagnostiqués

⁶⁶ Il serait intéressant de se demander si les enfants Asperger qui développent un langage très riche sont concernés de la même façon par les écholalies.

⁶⁷ (Prizant Barry M., 1983) p. 183 traduction propre.

autistes (selon les critères de l'époque) âgés de 4, 8, 12, 4 et 14, 2 ans chez qui langage présentait au moins 20% de productions écholaliques. Ils ont été filmés à deux reprises pour une durée variant de 30 à 45 minutes. Ces enfants avaient acquis une forme de langage avant 4 ans, habitaient avec leurs parents et fréquentaient une école spécialisée. Les enregistrements ont été transcrits puis classifiés en quatre catégories avec l'aide des personnes proches de l'enfant:

1. Écholalies immédiates
2. Écholalies différées
3. Énoncés créatifs
4. Énoncés non classifiés

La catégorie des écholalies différées a été établie selon les critères suivants :

Les énoncés devaient avoir un niveau de complexité grammatical et syntaxique supérieur aux énoncés créatifs de l'enfant.

Les énoncés devaient être en relation avec des expériences routinières attestées par l'entourage de l'enfant.

L'analyse structurale des écholalies différées et du degré d'interactivité était déterminée en tenant compte des facteurs paralinguistiques tels que :

- La posture corporelle (face à face ou orienté vers l'interlocuteur) ;
- La direction du regard (contact et direction) ;
- Les gestes (pointer et montrer) ;
- La caractérisation de l'énoncé : niveau sonore et répétition de l'énoncé si l'adulte ne répond pas.

Pour déterminer si une écholalie différée était compréhensible, au moins l'un des facteurs suivants devait être présent :

- Présence de gestes ou mouvements en relation avec l'énoncé: préhension, pointage, mouvement des mains, mouvement dirigé vers l'objet, action appliquée à un objet ;
- Réponse sémantique appropriée au discours ;
- Comportements indiquant une attente d'interaction de la part de l'adulte.

La pertinence dans le contexte actuel a été confirmée par :

- La référence aux objets, personnes, actions ou activités dans le contexte immédiat ;
- Des énoncés développant le thème de conversation ou y incluant des informations nouvelles ;
- Un comportement non verbal en relation avec des actions que l'enfant venait de réaliser, en cours de réalisation ou qu'il était sur le point de réaliser.

Il est d'une grande importance pour nous de prendre en compte les éléments permettant d'identifier la valeur des écholalies d'une façon plus objective, grâce à des critères clairement définis tenant compte à la fois des aspects linguistiques et paralinguistiques des énoncés, de leur contexte de production et surtout, du retour que peut en faire l'entourage de l'enfant, tout particulièrement ici, le thérapeute.

Prizant et son équipe ont abouti à l'identification de quatorze types fonctionnels d'écholalies différées, selon leur pertinence en lien avec le contexte et leur niveau d'interactivité et de compréhension. Les fonctions des écholalies sont :

1. non adressée (autostimulatrice)
2. association de situations
3. répétition (avec une fonction cognitive autoadressée)
4. auto adressage
5. marquage non interactif

6. tour de parole
7. complétion verbale
8. marquage interactif
9. donner de l'information
10. appel
11. affirmation
12. demande
13. protestation /s'opposition
14. directive

À partir de la sixième catégorie, l'analyse des fonctions des écholalies a pu mettre en évidence l'existence d'interactions. En revanche, les trois premières possèdent une fonction de cognition. Nous nous servons de cette classification fonctionnelle des écholalies pour établir des distinctions entre les différentes écholalies produites par les enfants que nous avons filmés au cours des séances de psychothérapie et de psychomotricité.

Les études et analyses de Prizant montrent la valeur symbolique d'un grand nombre d'écholalies différées, dans la mesure où l'on y trouve un signe conventionnel, une intention de communication. Le fait de savoir que le signe existe en dehors du concept auquel il fait référence illustre la valeur symbolique du langage. Gardons à l'esprit que la valeur symbolique attribuée aux écholalies des enfants autistes doit être perçue également comme un continuum, allant des énoncés les moins conventionnels aux plus conventionnels. Il a été constaté que certains énoncés écholaliques possèdent une valeur de plaisir kinesthésique, qui alimente la continuité d'exister comme le plaisir de produire un son ; d'autres ont une valeur idiosyncrasique : ils ne peuvent être compris que par l'entourage proche de l'enfant.

Pendant le développement normal de l'enfant, la réaction de l'adulte en réponse à ses productions linguistiques aide l'enfant à prendre conscience de l'effet qu'il peut provoquer chez autrui. L'enfant cherche à s'adresser de plus en plus à l'autre pour établir une boucle relationnelle, intersubjective. Il

se sent en confiance avec son entourage et rassuré par les réactions qu'il y reçoit en retour. C'est l'adulte qui, en premier lieu, donnera leur valeur communicationnelle aux productions linguistiques de l'enfant.

Il nous paraît indispensable de rappeler ici que même le langage des personnes autistes dites « de haut niveau » atteint rarement la flexibilité, la souplesse et la vitesse du langage conventionnel. L'écholalie serait alors comme un continuum de comportements, du non symbolique et du non ciblé vers un langage plutôt symbolique, utilisé pour communiquer ou pour développer une activité cognitive, le tout en relation avec le mode Gestalt de processus cognitif tel que décrit par Prizant, propre aux enfants autistes.

**2.2.6 Schuler, A. L., & Prizant, B. M. (1985).
"Echolalia". In E. Schopler & G. B. Mesibov
(Éds.), *Communication Problems in Autism*
(p. 163 184). Springer US.**

Cet article est le dernier que Prizant a écrit au sujet de l'écholalie. Prizant et Adriana L. SCHULER y proposent des liens avec la neurologie et le développement de l'enfant tout-venant. Les auteurs se basent sur les observations faites par Kanner pour réévaluer les écholalies chez les enfants autistes, ainsi que les ressemblances et les différences avec l'usage de l'écholalie en dehors de l'autisme. Pour Prizant et Schuler, Kanner a décrit les énoncés écholaliques comme « ayant différentes formes, se présentant parmi de nombreuses situations et étant utilisés à différents égards⁶⁸ ». Les énoncés écholaliques feraient ainsi partie d'un « langage métaphorique ». Le manque d'inversion pronominale représente, pour Prizant, l'un des traits saillants de l'écholalie différée et ce type d'énoncés serait « clairement connecté avec des actions⁶⁹ » ou des expériences préalables. Les auteurs citent des passages des articles de Kanner pour souligner que, dès ses premières et rigoureuses descriptions, celui-ci attribuait une fonction communicative, chargée de sens,

68 p.164

69 p.165

à certains énoncés écholaliques. Toutefois, il fallait que la personne présente à côté de l'enfant puisse établir le lien entre l'énoncé et l'expérience à laquelle ce dernier faisait référence.

1. DIMENSION ET FONCTIONS DE L'ECHOLALIE

Pour comprendre l'écholalie, la seule approche structurelle ne suffit pas. Nous risquerions alors de considérer l'écholalie uniquement « comme une répétition non fonctionnelle, manquant de sens, semblable à celle utilisée par les perroquets⁷⁰ ». Il serait nécessaire d'aborder l'étude du langage chez les enfants autistes, et notamment les écholalies, en prenant en compte les aspects sociaux (les objectifs et fonctions des énoncés), cognitifs (le sens sous-jacent, les fondements conceptuels) et structurels (la forme des énoncés) des productions. De cette façon, il s'agit de déterminer si l'énoncé écholalique est produit avec une fonction spécifique, s'il existe des indices de compréhension de l'énoncé de la part de la personne qui les produit, et quels sont les éventuels changements structuraux permettant de penser à l'existence d'un processus linguistique.

Les approches éthologiques du langage de l'enfant ont souligné l'importance de la prise en compte des facteurs paralinguistiques comme « la direction du regard, l'orientation corporelle, l'utilisation des objets, les personnes présentes⁷¹ ». D'après cette approche, un comportement (ici nous pensons bien entendu à l'écholalie) ne peut être compris que dans son contexte d'apparition. Tout effort pour contrôler ou modifier le contexte fausse les résultats lorsqu'on veut décrire les situations spontanées. Ainsi les recherches concernant l'écholalie devraient-elles viser de façon accrue l'analyse du contexte naturel d'apparition. Nous partageons cette idée, aussi notre corpus s'est-il constitué lors de séances de psychothérapie et/ou de psychomotricité faisant partie de l'environnement habituel des enfants, sans

70 p.167

71 p.167

y apporter une quelconque modification. Dans ce même état d'esprit, les études de Prizant et Schuler (dont nous avons parlé plus haut) ont décrit la grande variété formelle des écholalies. Les éléments saillants pris en compte dans cette description sont le degré de compréhension de l'énoncé écholalique par les adultes proches de l'enfant, l'interactivité ou le refus d'interactivité contenus dans l'énoncé, et les changements structurels présents au moment de la répétition.

Les auteurs pointent l'apparition, dans les années 1970, de deux courants concernant l'écholalie chez les enfants autistes. Le premier considère que l'écholalie est « un comportement aberrant et non fonctionnel, voire le symptôme d'un désordre de la communication propre à la psychose infantile⁷² », donc un comportement indésirable qu'il faudrait s'efforcer de faire disparaître. L'autre envisage l'écholalie comme un effort de communication liée à un déficit, faisant alors de l'écholalie « une stratégie de l'enfant pour maintenir un contact social à travers une fonction phatique⁷³ ». Rappelons ici que la fonction phatique du langage vise à prolonger la communication. Ayant à l'esprit ces deux approches, Prizant et ses collègues ont approfondi leurs recherches autour de l'écholalie, montrant les différentes valeurs fonctionnelles des écholalies chez les enfants autistes. Nous venons de les présenter dans notre passage en revue des articles précédents. Comme nous l'avons vu, les propositions de Prizant et son équipe nous invitent à prêter une attention particulière à l'écholalie, à observer les variations de ses fonctionnalités en synchronie et en diachronie chez un même patient. Ces études ont montré des ressemblances entre la fonction de certains énoncés écholaliques et les répétitions observables chez les enfants ordinaires dans leur acquisition du langage.

2. L'ECHOLALIE AUTISTIQUE ET L'ACQUISITION DU LANGAGE EN RELATION AVEC LA COGNITION

72 p.168

73 ibid

3.

Dans une tentative de conciliation des deux points de vue éopposés concernant l'écholalie, les auteurs affirment que les énoncés produits par les enfants tout-venant d'environ 2 ans « ne sont pas nécessairement le résultat d'un processus de création linguistique, mais à peine des répétitions littérales ou avec des petites modifications/expansions des énoncés précédents de l'adulte⁷⁴ ». Il serait facile de passer à côté de ce parallèle si nous ne nous attardions pas sur le contexte de production des écholalies. Il est normal que la mère d'un enfant de 2/3 ans se fasse l'interprète des propos de son enfant vis-à-vis de personnes étrangères, en replaçant l'énoncé de l'enfant dans son contexte de production originale pour justifier l'usage que l'enfant en fait. Suivant cette même ligne de comparaison avec le développement de l'enfant tout-venant, Prizant et Schuler reprennent le modèle des styles *de langage Gestalt*⁷⁵. Dans ce modèle, l'acquisition du langage par l'enfant se fait par mémorisation des unités formées par plusieurs mots « qui peuvent être segmentés pour permettre la reconnaissance des composants structuraux linguistiques et la déduction des règles linguistiques⁷⁶ ». En revanche, dans le modèle dit analytique, les enfants se saisissent d'abord d'un mot, puis l'associent à un autre pour constituer un énoncé, avant d'y ajouter un troisième mot pour créer un énoncé plus complexe. Ils appliquent ainsi des règles de production linguistique avec plus de créativité et de flexibilité. Les bébés au développement typique progressent vite, même à partir des écholalies, car celles-ci sont prises dans un contexte d'émotions partagées et synchrones, et dans une narrativité créée avec l'entourage. Cette narrativité aide à la représentation, à l'intériorisation, à la remémoration, permet l'évocation et ouvre sur la nouveauté. À l'inverse, les enfants autistes ne peuvent profiter de la synchronie dans les liens qui leur sont offerts. Chez l'enfant autiste, les

74 p. 173

75 Développé dans l'article précédent.

76 p. 174

processus Gestalt seront poussés à l'extrême, justifiant l'utilisation prolongée de l'écholalie. Le langage mettra plus de temps à se développer et les enfants autistes auront beaucoup plus de difficultés à généraliser les règles linguistiques, dans la mesure où chaque phrase est à associer à un contexte particulier, à une Gestalt. La notion de Gestalt permet donc de clarifier la relation entre particularités cognitives et communicationnelles dans l'autisme. « L'écholalie a été associée beaucoup plus à des particularités cognitives que perceptives⁷⁷ ». Le style Gestalt s'étend au-delà de l'aspect linguistique. Par exemple, l'organisation visuelle est souvent analysée du point de vue de la prédominance spatiale, sans prendre en compte l'aspect temporel. Le modèle analytique, quant à lui, permet à l'enfant d'établir des relations de hiérarchie entre la partie et le tout.

Certains enfants autistes sont en mesure de passer d'un modèle Gestalt à un modèle plus analytique. Là, les écholalies remaniées rendront compte de ce passage : l'enfant commencera par modifier de petites parties d'un énoncé appris en bloc. Le comportement paraverbal viendra souligner les marques de la transition vers un langage plus flexible et créatif. Pour les auteurs, il ne faudrait pas oublier qu'en dépit des évolutions possibles, l'écholalie reste « une partie du répertoire linguistique de l'enfant autiste⁷⁸ », même s'il est vrai qu'elle peut étayer la participation à un échange social, lors d'une conversation, et au-delà, s'avérer l'élément de base permettant le développement du langage de façon créative.

Le continuum entre automaticité et intentionnalité : considérations neurolinguistiques.

Dans cette partie, les auteurs s'attardent sur les écholalies classifiées comme « non adressées » et qui semblent dénuées d'intention communicative et de sensibilité au contexte⁷⁹. Dans les faits, ce type d'écholalies peut se présenter même lorsque l'enfant a basculé vers un

77 p. 174

78 p. 175

79 Nous explorerons plus loin, dans la partie 3.4 La sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui ; des microchangements qui précèdent l'échange.

langage plus analytique. Le comportement moteur de l'enfant, en contradiction avec son comportement linguistique, témoignera alors d'un certain degré de compréhension. Selon la conception de Bullinger, on observerait alors une modification de la conduite, signant une modification dans le fonctionnement cognitif de l'enfant⁸⁰, l'écholalie étant dès lors considérée comme un « réflexe linguistique primitif et non intégré⁸¹ », employé de façon inconsciente. Les auteurs attestent la capacité qu'auraient certains patients à corriger d'autres personnes, de façon automatique et réflexe, lorsque des erreurs grammaticales sont produites. Ainsi, lorsque l'écholalie apparaît, dans le cadre de l'autisme, les compétences grammaticales doivent être séparées des compétences cognitives et communicatives. De ce point de vue, le besoin de « mimer » la production verbale d'autrui serait une sorte de mécanisme réflexe primitif.

Pour autant, l'écholalie en tant que telle ne se limite pas au tableau autistique. En effet, elle a été observée dans des anomalies du développement, ainsi que dans d'autres pathologies acquises. Là, des mécanismes neurologiques subcorticaux peuvent être à l'origine des formes automatiques de répétition : « La documentation autour du dommage cortical suggère que les réponses primitives en écho apparaissent lorsque les habiletés volontaires de parole sont perdues⁸² ». De même, ce type de réponse a été observé dans des états altérés de conscience ou de somnolence. Selon les auteurs, les lésions du lobe frontal pourraient être des déclencheurs des comportements réflexes comme l'écholalie et l'échopraxie. L'existence d'une écholalie en dehors d'altérations somatiques signerait une stagnation et/ou une différence développementale. Même si, dans d'autres domaines, le comportement intentionnel peut devenir de plus en plus volontaire, la parole restera contrôlée par des mécanismes subcorticaux. Malgré les apports de ces recherches, les auteurs considèrent cette

80 L'approche du développement de l'enfant établie par Bullinger sera présentée dans le chapitre 3.2

81 p. 176

82 p. 178

description de l'écholalie comme insuffisante et estiment qu'il est nécessaire d'aborder l'écholalie autistique tant du point de vue fonctionnel que du point de vue cognitif, en y associant d'autres mécanismes de communication. Ils proposent alors, dans la suite de leur article, une description « réévaluée » de l'écholalie, prenant en compte le développement normal de l'enfant et les observations concernant l'intentionnalité. Nous y ajouterons la place centrale de la narrativité dans la prise en charge des enfants autistes, dans la mesure où elle aide à vivre des expériences en synchronie et participe à la représentation de ces expériences pour accéder au langage communicatif.

4. L'ECHOLALIE REEVALUEE

L'objectif de cette partie de l'article est de proposer une vision multifocale de l'écholalie, du point de vue de sa forme et de sa fonction, dans une mise en parallèle avec l'écholalie non autistique et la comparaison avec d'autres mécanismes de répétition. Les auteurs tentent ainsi d'expliquer comment les « réflexes de répétition (*echoing*) primaires s'internalisent et s'associent avec le déploiement d'autres activités cognitives et communicatives⁸³ ». Chez les enfants autistes, cela est plus difficile tant que le partage des émotions n'a pas émergé.

Les recherches antérieures de Prizant et Schuler ont montré qu'un réflexe automatique de répétition peut être suivi d'une écholalie plus adaptée à la situation. Les auteurs l'ont appelée « écholalie par association de situation ». L'écholalie par association de situation sera à son tour suivie par des actes de communication plus intentionnels et efficaces, en même temps que se développe chez l'enfant un contrôle inhibiteur sur les modes d'écholalie plus primitifs.

Lorsque l'agitation motrice est présente, des écholalies dépourvues de sens, comme la répétition de slogans publicitaires, peuvent l'accompagner. Ce type d'écholalies serait contrôlé par des structures subcorticales au niveau cérébral. Sans contenu sémantique apparent, elles sont à relier à un état

83 p.179

émotionnel. L'évolution dans l'usage fonctionnel de l'écholalie apportera la preuve d'un investissement « de nouvelles structures corticales⁸⁴ », au même titre que l'inhibition de réflexes vocaux primitifs. Chez les enfants autistes, la plaque sous-corticale reste épaisse, alors qu'elle devait se résorber à l'âge de 4 mois, ce qui bloque l'accès à des gestes à visée de communication et va de pair avec la non-inhibition des réflexes archaïques.

Pour les auteurs, chez les enfants autistes, l'écholalie possède le même mode de fonctionnement que chez les enfants tout-venant. Les différences entre l'une et l'autre sont à comprendre comme « un conglomérat : a) d'une variation normale entre le continuum *Gestalt, analytique*, b) des perturbations dans le développement affectif et c) d'un développement discontinu puisque les limitations dans la cognition sociale semblent être le noyau du syndrome autistique⁸⁵ ». Les enfants tout-venant pourraient avoir recours à l'écholalie de façon plus fréquente, notamment entre 15 et 29 mois, s'ils avaient les capacités de mémoire suffisantes. Or, lorsqu'ils acquièrent lesdites capacités, les patrons de communication pré-intentionnelle ont été remplacés par des outils communicationnels plus évolués, tels que les gestes et l'adresse du regard. Les répétitions seraient plus facilement identifiables si l'adulte de l'entourage leur prêtait une oreille plus attentive. Nous verrons plus loin quelle est la place de la narrativité au moment de la production des onomatopées dans le partage des émotions et de l'étonnement, onomatopées qui facilitent dans un premier temps le sentiment d'exister dans son corps, ce qui déclenche spontanément une ouverture à l'autre et à la communication.

En résumé, les difficultés rencontrées par les enfants autistes sur le plan social et affectif peuvent expliquer l'écholalie de deux façons : d'une part, du point de vue linguistique, les variations vocales et non segmentaires

84 p.179

85 p.179

(accent, intonation, rythme, etc.) « sont directement liées à l'affect⁸⁶ », or les enfants autistes présentent des difficultés pour comprendre et exprimer des mimiques faciales et des changements dans le ton de la voix⁸⁷ en raison de la complexité dans leur traitement. D'autre part, le déficit d'attention et d'action conjointe rend difficiles l'attribution de sens et la « segmentation en ses parties constituantes⁸⁸ ». La façon dont les adultes de l'entourage de l'enfant réagissent aux énoncés écholaliques est d'une importance cruciale pour pouvoir déterminer l'originalité de l'énoncé et en faire l'occasion d'un dialogue et d'un partage émotionnel. Les particularités linguistiques des énoncés autistiques peuvent amener l'autre à considérer les énoncés écholaliques comme étant moins dépourvus de sens qu'ils ne le sont en réalité.

Par ailleurs, lorsque l'écholalie commence à prendre une fonction dans la communication, elle ne trouve son sens que dans l'entourage proche de l'enfant.

Il s'avère difficile de décomposer l'énoncé en ses parties constitutives. Nous observons alors un mode Gestalt « qui peine à se laisser décontextualiser⁸⁹ ». Les auteurs considèrent qu'en ce qui concerne l'autisme, l'écholalie, les références idiosyncrasiques et le langage métaphorique, sont la conséquence d'un manque de performance dans la communication, avec des productions verbales très sophistiquées et de bonnes compétences au niveau de la mémoire. Ainsi, l'écholalie considérée « comme un processus Gestalt, dissimule un désordre du point de vue des interactions sociales et de l'affect⁹⁰ ». Mais pour que les interactions sociales adviennent, il ne faut pas négliger le sentiment d'exister dans le corps, ce qui permet de se sentir concerné et de relancer le lien. C'est précisément ce que le thérapeute

86 p. 180

87 Dans la partie 4.1.8, nous montrerons que difficulté ne veut pas dire impossibilité totale et toutes les variations vocales auxquelles un enfant autiste peut avoir recours.

88 p. 180

89 p. 181

90 P. 181

propose de travailler à partir du partage des émotions et de l'étonnement grâce à l'imitation et à la narrativité.

Les auteurs ne se contentent pas des explications proposées ; ils continuent à se poser des questions nécessitant la poursuite de recherches approfondies : quelle est la composante biologique qui rend difficiles aux enfants autistes les réponses sociales? Quelle est la relation entre les fonctionnalités du cerveau gauche et celles du cerveau droit concernant la segmentation d'un énoncé en ses éléments constituants ? « Néanmoins les particularités du discours de l'enfant autiste ne semblent pas si déviantes lorsque les relations entre les comportements communicatifs, sociaux, cognitifs et linguistiques, sont considérés comme des stratégies de répétition normales⁹¹ ». La segmentation linguistique consiste à décomposer la chaîne parlée en ses signes minimaux, notamment en mots.

Des études plus poussées autour de l'écholalie « normale » doivent être menées pour mieux comprendre l'écholalie dans l'autisme. Les premières écholalies des enfants tout-venant ont-elles les mêmes fonctions que celles des enfants autistes ? Il faudrait tenir compte des facteurs tels que les changements des énoncés dans le temps, en relation avec des aspects cognitifs et communicatifs, les réponses de la personne qui s'occupe de l'enfant, ainsi que les variations dans la personnalité de chaque enfant. S'interroger sur les écholalies chez les enfants autistes peut également nous amener à nous interroger sur les écholalies chez les enfants tout-venant et leurs particularités. Ainsi nous paraît-il intéressant de constater que les écholalies sont plus importantes tant que le langage gestuel ne s'est pas mis en place, ce que le travail thérapeutique sur le corps et les imitations peut aider à faire advenir.

Cet article signe la fin des écrits que Prizant et ses collaborateurs ont consacrés à l'écholalie chez les enfants autistes. Ces auteurs ont développé des postulats très intéressants pour notre recherche, nous amenant à considérer la place primordiale que peut avoir un thérapeute engagé dans les

91 P.181

soins auprès d'enfants autistes ayant recours aux écholalies, pour étayer leurs capacités de communication et les accompagner vers un mode de communication plus facilement partageable avec l'autre, plus intersubjectif.

**2.2.7 Saad, A. G. de F., & Goldfeld, M. (2009).
"Echolalia in the language development of
autistic individuals : A bibliographical
review". Pro-Fono : Revista De Atualizacao
Cientifica, 21(3), 255 260**

En dépit du nombre croissant d'études concernant le langage des enfants autistes, l'écholalie demeure un terrain peu exploré. Or, des études approfondissant cette caractéristique du langage autistique seraient les bienvenues, notamment pour les orthophonistes⁹². Les autrices de ce document se sont données pour tâche de recenser tous les articles parlant de l'écholalie chez les enfants autistes publiés en espagnol, anglais et portugais dans les bases de données Medline, Lilacs, SIBI, Scielo et APA entre 1969 et 2008. Elles en ont trouvé trente, la plupart écrits en anglais et quelques-uns en portugais.

La définition classique de l'écholalie comme une répétition en écho d'un énoncé, et sa classification en écholalies immédiates et différées sont reprises par plusieurs chercheurs. Pour certains, l'écholalie ne se différencie pas d'un trait pathologique dépourvu de sens, et qu'il faudrait bannir à tout prix. D'autres auteurs ont considéré l'écholalie comme un « essai primitif du maintien des liens sociaux⁹³ ». Les recherches autour de l'écholalie mitigée ont commencé en 1969⁹⁴.

En 1981, Prizant publie son article « Les fonctions de l'écholalie immédiate chez les enfants autistes »⁹⁵. Il est l'un des premiers à attribuer une valeur fonctionnelle à l'écholalie. Les publications de Prizant et de ses

92 Speech Language Pathologist (SLP). Les autrices de cet article sont deux orthophonistes.

93 p. 256

94 p. 256

95 Nous avons parlé de cet article plus haut.

collaborateurs ont remis en question un certain nombre de programmes rééducatifs visant à éliminer l'écholalie chez l'enfant autiste, en particulier aux États-Unis. Les études de Prizant ont montré que la plupart des énoncés écholaliques des enfants autistes visent une certaine interactivité (nous dirions plutôt une certaine intersubjectivité), un désir d'échanger avec l'autre, et qu'ils pouvaient avoir une valeur de communication en fonction du contexte de production, ouvrant ainsi la porte à une approche différente de l'écholalie.

Une autre étude, « Charlop MH. Setting Effects on the Occurrence of Autistic Children's Immediate Echolalia. *J of Aut and Develop Disord.* 1986 ; 4(16) :473-83 », conclut que les thérapeutes travaillant auprès des enfants autistes gagneraient beaucoup à prendre en compte la valeur communicative de l'écholalie. L'écholalie s'inscrit dans une étape charnière du développement de l'enfant autiste. Du traitement que l'entourage de l'enfant, thérapeutique et familial, attribue aux écholalies dépendra l'évolution de l'enfant vers un langage moins contraint, plus communicatif et différencié dans sa forme. L'adulte peut par exemple avoir recours à la dramatisation des situations, en acceptant la répétition écholalique, en l'intégrant dans le jeu et en l'accompagnant de gestes communicatifs ou normatifs qui aident à la compréhension et qui sont source d'imitations spontanées. Il peut pratiquer l'étonnement partagé à partir des intérêts de l'enfant, qui vont ensuite varier spontanément, chez l'enfant comme chez le thérapeute.

Des études plus récentes, menées au Brésil⁹⁶, ont montré que plus l'adulte utilise des énoncés longs, plus l'enfant utilise l'écholalie. La même étude a également montré que la plupart des écholalies utilisées par les enfants autistes avaient une valeur communicationnelle pour l'enfant, et qu'elles s'avéraient une stratégie de communication valable. La complexité d'une phrase longue est difficilement saisissable par l'enfant autiste. Il ne peut intégrer les ruptures imprévisibles dans la phrase, à moins qu'elle ne

⁹⁶ Saad AG. (2006) Ecolalia no autismo : a influência dos diferentes tipos de interlocutores, de discursos e de brincadeiras na fala de uma criança. Tese (Mestrado). Universidade Veiga de Almeida.

soit structurée par des syllabes ou par une mélodie créant une certaine continuité en favorisant une certaine disponibilité aux variations et à l'imprévisible. Par exemple, certains enfants apprennent mieux en marchant ou en chantant.

Cette revue bibliographique met en exergue la nécessité d'analyser les écholalies autant que possible dans leur contexte de production. L'une des caractéristiques des écholalies est leur extrême degré de perfection, ce qui les rend difficiles à distinguer d'une simple répétition⁹⁷. L'alliance entre une analyse structurale et une analyse fonctionnelle guidera le choix du modèle d'intervention clinique approprié.

L'une des conclusions de l'article est que l'écholalie n'a pas toujours une intention de communication, en tant qu'il s'agit parfois d'une stéréotypie. Cependant, de savoir que l'enfant peut déjà imiter le langage des adultes est un point de départ très important pour les orthophonistes, et par extension pour tous les thérapeutes intervenant auprès des enfants autistes. Cela à condition que ceux-ci prennent en compte la potentialité de communication de l'écholalie, dont ils feront l'occasion d'un partage émotionnel qui favorisera la représentation et l'ouverture spontanée à la relation.

La majorité des auteurs qui s'intéressent à l'écholalie sont d'accord pour affirmer que le moindre changement dans les énoncés, ne serait-ce que d'un point de vue prosodique, constituent de toute évidence une tentative de communication. Il est compréhensible que l'entourage familial et professionnel puisse se décourager tant qu'il n'y a pas encore de variation. Cependant, pour Saad et Goldfeld, « empêcher l'écholalie c'est empêcher la communication⁹⁸ ». Nous sommes tout à fait d'accord avec cette affirmation.

97 p. 259

98 p. 259

2.3. Définition et historique de la psychomotricité et de sa relation avec la prise en charge des enfants autistes.

La psychomotricité s'est développée en France il y a environ cinquante ans, à partir du concept de dialogue tonique proposée par H. Wallon, qui voit dans le dialogue tonique le moyen privilégié de communication entre la mère et l'enfant. « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. Leur diversité est liée à l'hyper- ou à l'hypotension du tonus, à son libre écoulement en gestes et en action ou à son accumulation sur place par des spasmes⁹⁹ ». En effet, le tonus est le soutien des fonctions cognitives, motrices et émotionnelles de l'enfant. La posture, quant à elle, a valeur de communication dans l'échange entre la mère et son enfant. Par sa posture, l'enfant peut donner et recevoir dans un échange communicatif.

Rappelons que l'ajustement postural fait souvent défaut chez les bébés à risque autistique. Ces bébés ont tendance à être soit hypo-toniques soit hypertoniques, ce qui rend difficile la mise en place du portage et compromet la réciprocité dans l'échange tonico-émotionnel entre la mère et son bébé. Souvent, la difficulté d'ajustement tonico émotionnel est vécue par la mère comme un refus du lien de la part de son nouveau-né.

Julian de Ajuriaguerra est considéré comme le père de la psychomotricité en France ; de fait, de Ajuriaguerra a lié les différents aspects moteurs, neurologiques, psychoaffectifs et relationnels du développement de l'enfant. Il concevait la psychomotricité comme « l'objet fondateur de la compréhension de l'humain dans son développement, sa pathologie et ses potentialités¹⁰⁰ ». Médecin de formation, il pose en 1960 les jalons scientifiques fondant la psychomotricité en tant que discipline, dans

99 Wallon H. (1949) Les origines du caractère chez l'enfant, PUF. p.174.

100 Joly F.(2016), « Entre neurosciences, psychopathologie du développement et psychanalyse : le carrefour psychomoteur ; Ajuriaguerra et son héritage dans l'identité des psychomotriciens » in La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives : pour une pensée en mouvement. p. 41.

l'article écrit en collaboration avec G. Bonvalot-Soubiran¹⁰¹. « Après la Seconde Guerre mondiale, une équipe constituée autour du Pr J. de Ajuriaguerra, et sur l'initiative de Mme G. Soubiran, crée le premier service de rééducation psychomotrice. Collaborent à ce service et aux recherches des médecins les Drs Diatkine, Baruk, Lebovici, Launay, Jolivet, Bergès ; et des psychologues : le Pr Zazzo, Mme Auzias, Lurçat, et Stambak¹⁰² ». Par la suite, Ajuriaguerra assurera les enseignements théoriques de psychomotricité à la Pitié Salpêtrière, et Bonvalot-Soubiran les enseignements pratiques.

En 1963, un Diplôme universitaire, délivré par la faculté de médecine et intitulé « Diplôme de Capacité de rééducation de psychomotricité », est créé par le ministère de l'Éducation nationale. En 1974, le cursus de psychomotricité évolue en « Diplôme d'État de psychorééducateur », avec une reconnaissance officielle et administrative en tant que profession sanitaire. En 1985, le diplôme se transforme en « Diplôme de psychomotricien » ; le décret précisant son domaine de compétence ne voit le jour qu'en 1988. Selon ce décret, la psychomotricité a trois fonctions : éducative, rééducative et thérapeutique. La loi 95-116 du 4 février 1995 confère à la psychomotricité le statut d'auxiliaire de la médecine.

Les origines de la psychomotricité se trouvent au carrefour entre la psychologie, la psychanalyse, la neurologie, la psychopathologie du développement et la pédagogie. Dans l'approche proposée par la psychomotricité, les troubles moteurs peuvent ne pas être la conséquence d'une atteinte neurologique, mais l'expression de troubles psychoaffectifs. Il s'agit là de donner au trouble moteur une place tout à fait particulière. Autrement dit, la psychomotricité est, de par sa conception, pluridisciplinaire et intégrative.

101 Ajuriaguerra de J. et Bonvalot-Soubiran G., (1959) « Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile », *La Psychiatrie de l'enfant* 2, p. 423-494.

102 Hermant, G. (2008). « La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives », *Contraste*, n° 28-29 (1), p.27-40.

Françoise Giromini et Michaël Coutolleau, dans leur texte « Histoire de la psychomotricité et actualité de ses concepts¹⁰³ » évoquent la difficulté de définir la psychomotricité : « Lorsque nous parlons de psychomotricité, nous nous trouvons face à la difficulté de définir une discipline et une profession nouvelles. L'objet d'étude de la psychomotricité est le corps, le corps investi et fantasmé dans sa relation à l'autre, corps qui a un but à poursuivre dans une situation actuelle selon les moyens dont il peut se saisir¹⁰⁴ ».

L'une des notions fondamentales de la psychomotricité est la conception holistique du patient. Le psychomotricien accueille le patient comme une totalité, comme un sujet à accompagner lors de la prise en charge et non pas comme l'objet de cette prise en charge. Dans notre conception de la psychomotricité, le patient est acteur de son développement. Il est actif dans les soins : il ne subit pas, il agit. Le psychomotricien accompagne le patient dans la quête d'un sens donné à son vécu corporel et dans la mise en mots de cette expérience. Dans cette approche globale du patient, l'engagement physique aura toujours une inscription psychique. « On pourrait dire qu'il s'agit d'une sorte d'intégration psychique de la sensorialité, des émotions et de la motricité qui va se subjectiver et donc participer à construire ce qu'on appelle *la conscience de soi* »¹⁰⁵.

De nos jours, les écoles de psychomotricité se font de plus en plus nombreuses, proposant des interventions qui dépassent le domaine du handicap et de la psychiatrie. On trouve des psychomotriciens dans les services de soins palliatifs, en oncologie infantile, en néonatalogie, dans les crèches et PMI, dans les IME, en hôpital de jour, en maison de retraite, dans les centres d'addictologie, et également dans les entreprises et les lieux

103 Pireyre, E. (2015). Cas pratiques en psychomotricité : Pratiques cliniques concrètes, populations et médiations variées, mise en perspective historique et conceptualisation. p. 270

104 Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux. Solal. p. 7

105 Pireyre, E. (2015). Cas pratiques en psychomotricité : Pratiques cliniques concrètes, populations et médiations variées, mise en perspective historique et conceptualisation. p.16.

d'entraînement des sportifs professionnels. La psychomotricité accompagne chaque moment du développement de l'être humain au moyen de médiations très variées : la danse, le cirque, le jeu dramatique, le shiatsu, l'équithérapie, etc.

Plusieurs institutions académiques interactionnelles ont développé la psychomotricité dans les dernières décennies : « à partir de 1980, ce sont l'Espagne avec le CITAP (*Centro de Investigación de Técnicas Aplicadas a Psicomotricidad*) et ensuite de nombreuses autres associations, l'Italie avec l'ANUPI (*Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani*) puis la FiPm (*Federazione Italiana Psicomotricisti*) et le CISERPP (*Centro Italiano Studi e Ricerche in Psicologia e Psicomotricità*), le Mexique avec l'IRAPSIR (*Instituto Rehabilitación Arte y Psicomotricidad Ribadetorre*), l'Autriche avec l'AK'Mo (*Aktionskreis Motorpädagogik Österreich*), le Liban et son enseignement reconnu au sein de l'université Saint-Joseph qui concourent au développement de la profession¹⁰⁶ ».

Du fait des différentes médiations utilisées en psychomotricité et des particularités de chaque psychomotricien, la profession possède toujours un large éventail d'applications. « Chaque psychomotricien peut, s'il le désire, se dire libre de ses choix théoriques. De cela aucun psychomotricien ne peut la représenter à lui seul. Aucun ouvrage ne peut parler d'elle exhaustivement. Aucun livre ne peut balayer la totalité des mécanismes du développement de l'enfant ou de l'image du corps, l'entièreté des pathologies ou des âges de la vie qui peuvent être concernés, et ni la palette complète des médiations que nous utilisons. Aucun texte ne peut rendre compte de l'infinie richesse de notre discipline. Car elle nous renvoie à l'infinie diversité des capacités communicationnelles du corps, à l'infinie richesse et complexité des mécanismes de l'image du corps, en bref à l'extrême variété de l'humain¹⁰⁷ ».

106 Hermant, G. (2008). La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, n° 28-29(1), p.27-40.

107 Pireyre, E. (2015). Cas pratiques en psychomotricité : Pratiques cliniques concrètes, populations et médiations variées, mise en perspective historique et conceptualisation. p.3

La psychomotricité se développe en Europe, soit comme profession en tant que telle soit comme spécialisation de certaines professions. Il en va de même dans certains pays d'Amérique latine qui entretiennent des relations privilégiées avec la France, comme l'Argentine, le Chili et le Brésil, mais également l'Uruguay et Cuba. Actuellement en France, la psychomotricité possède un statut de profession autonome. Les autorités sanitaires la considèrent comme un accompagnement nécessaire, notamment dans le plan « Autisme » et le plan « Alzheimer ». L'autisme a été déclaré cause nationale en 2012 et la prise en charge en psychomotricité des personnes autistes est incluse dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS).

2.4. La place de la psychomotricité dans la prise en charge des enfants autistes

Le psychomotricien est un professionnel paramédical qui intervient, sur prescription médicale, dans les différentes étapes du parcours de soins des enfants autistes : repérage des difficultés, diagnostic et prise en charge. Ces interventions se font en pratique privée ou au sein de structures sanitaires ou médico-sociales. L'expertise du psychomotricien autour du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant offre une vision transdisciplinaire des troubles du spectre autistique, nécessaire à une prise en charge réussie.

La participation du psychomotricien au repérage précoce de l'autisme est d'une grande utilité. Le psychomotricien propose des observations très fines et subtiles, en lien avec le développement global de l'enfant. En tant que psychomotricien, lorsque nous observons un bébé à risque autistique, nous nous intéressons à la façon atypique dont il se sert de son corps et à son investissement de la motricité sociale, celle des échanges avec l'adulte par le biais du regard, de l'ajustement postural, de l'apparition des rires et des vocalises.

Chez le bébé à risque autistique, l'accordage avec les personnes autour de lui peinent à apparaître. Au niveau de l'organisation tonique, on constate l'existence d'une dysharmonie et d'une discontinuité dans les mouvements. Au niveau tonico-postural, une hypotonie est souvent observée. Les postures asymétriques, nécessaires au bon développement de l'enfant, persistent et deviennent pathologiques. En effet, les postures asymétriques favorisent un axe corporel en hyperextension qui empêche l'échange du bébé avec son milieu humain. Chez ces enfants, l'axe corporel n'est pas intégré, dans la représentation du corps, comme un point de repère pour les lois de développement céphalocaudal et proximodistal.

Lorsque l'enfant autiste grandit, sa façon de jouer présente des particularités. L'enfant cherche à prolonger le plaisir du mouvement procuré par certains jeux, sans pouvoir saisir les interactions qui font que le jeu pourra être partagé selon des règles conventionnelles. Pour beaucoup de sujets autistes, le « jeu » se focalise sur les aspects sensoriels du matériel manipulé ou de l'environnement, ce qui renvoie au troisième domaine de la triade symptomatique retenue par la CIM-10 et le DM-II¹⁰⁸. Or, l'une des médiations les plus utilisées en psychomotricité est précisément le jeu, et nous développerons, dans le chapitre 4.1.8 la façon dont un enfant autiste peut se servir du jeu pour nourrir le lien intersubjectif avec les personnes de son entourage.

Il n'est pas facile, pour l'enfant autiste, de mettre en place les représentations et sensations toniques corporelles propres en relation avec les propositions faites par son milieu. Chez lui, les sollicitations extérieures, ou flux sensoriels (auditif, visuel, olfactif, tactile, vestibulaire et gravitaire) sont pris en charge par le système archaïque, qui traite les caractéristiques qualitatives. Selon l'approche de Bullinger, l'enfant autiste est en difficulté pour développer la fonction proprioceptive. Cette dernière coordonne les flux sensoriels en relation avec la sensibilité profonde. Le défaut de fonction

¹⁰⁸ Perrin, J., Maffre, T., Barthélémy, C., & Corraze, J. (2013). Autisme et psychomotricité. De Boeck ; Solal. p.7

proprioceptive conduit à un manque de représentation corporelle et, de ce fait, à un défaut d'investissement des conduites d'exploration et instrumentales nécessaires à la cognition et à l'échange avec autrui.

Confronté à un enfant écholalique, le thérapeute peut donner à celui-ci l'opportunité de la transformer en demande. Au début de sa vie le bébé crie, il ne demande rien, c'est sa mère qui donne du sens aux pleurs les transformant en demande. Le thérapeute peut ainsi penser l'énoncé écholalique comme une sollicitation. La vitalité nous permet d'envisager la stéréotypie comme un récit de la rencontre avec l'autre. Le rôle du thérapeute est d'en faire un récit, car les capacités d'expression de l'enfant autiste ne sont pas très organisées. Le contretransfert du thérapeute permet de trouver les métaphores nécessaires.

La Psychomotricité comme prise en charge initiale d'un enfant autiste peut constituer le premier pas vers une psychothérapie, de par ses aspects très concrets. La narrative et l'imitation permettent d'accéder à la représentation. Dès que le vécu est représenté un apaisement se produit. La narrativité proposée par le thérapeute aide à modifier les points d'agrippement sensoriels. Le thérapeute se trouve en résonance avec le vécu de l'enfant, ce qu'induit une jouissance. Pour ce faire une alliance thérapeutique est nécessaire. Lors de la rencontre thérapeutique avec un enfant autiste, il ne faut pas oublier qu'il s'agit surtout d'une rencontre entre deux personnes.

2.5. Les outils d'évaluation spécifiques de l'autisme

Nous donnerons ici un aperçu des différents tests qu'il est possible d'utiliser pour poser le diagnostic d'autisme, notamment en pédopsychiatrie.,

1. La grille CARS (Childhood Autism Rating Scale, E. Schopler et al., 1980)

Son utilisation est possible à partir de 2 ans. Elle mesure la sévérité des troubles autistiques (discrète, moyenne, ou sévère) à partir de questions portant sur quinze domaines du quotidien :

1. Les relations sociales
2. L'imitation
3. Les réponses émotionnelles
4. L'utilisation du corps
5. L'utilisation des objets
6. L'adaptation au changement
7. Les réponses visuelles
8. Les réponses auditives
9. Le goût - l'odorat - le toucher (réponses et modes d'exploration)
10. La peur et l'anxiété
11. La communication verbale
12. La communication non verbale
13. Le niveau d'activité
14. Le niveau intellectuel

La passation des quatorze items est suivie d'un commentaire appelé « L'homogénéité du fonctionnement », correspondant à l'item 15. Ceci permet à l'évaluateur de donner les impressions qualitatives et quantitatives recueillis sur chacun des quatorze items mentionnés.

2. ADI-R (Autism Diagnosis Interview -Revised, C. Lord, M. Rutter, & T. Le Couturier, 1994).

L'ADI est un entretien semi-dirigé avec les parents ou les tuteurs de l'enfant. Il s'appuie sur les critères diagnostiques du DSM 4 et de la CIM-10 : interactions sociales réciproques, communication et langage, comportements stéréotypés et répétitifs. Il est applicable à partir de 3 ans et donne un âge mental d'au moins 18 mois. Cet outil permet de savoir s'il existait des traits autistiques au début de la vie et prend également en compte la situation actuelle du patient. L'ADI-R ne peut pas être utilisé seul pour poser le

diagnostic d'autisme. Par ailleurs, une formation est indispensable pour son utilisation.

3. **ADOS-R** (*The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic*, C. Lord et al. 1989) Échelle d'Observation pour le Diagnostic de l'Autisme.

La version révisée de cette échelle se compose de cinq parties indépendantes, à utiliser selon les capacités de l'enfant. La version antérieure comptait quatre modules :

- Le module *toddler* est destiné aux enfants de 12 à 30 mois possédant un niveau de langage élémentaire.
- Le module 1 est destiné aux enfants de plus de 31 mois qui utilisent au moins trois mots non écholaliques.
- Le module 2 s'adresse aux personnes de tout âge, qui n'utilisent que quelques phrases.
- Le module 3 a été pensé pour des personnes de plus de 16 ans avec une bonne utilisation du langage.

À l'aide des situations de jeu standardisées, l'ADOS permet notamment de poser un diagnostic différentiel avec les troubles spécifiques du langage oral. Dans les situations de jeu, la capacité à se représenter ses propres émotions et celles de personnages à l'aide d'objets et de jouets est observée, mais c'est surtout la capacité de la personne à échanger avec l'examineur qui sera prise en compte pour la cotation. Le test est standardisé et une formation est nécessaire pour sa passation.

4. **PEP-3** (Profil psychoéducatif 3^e,version ; E. Schopler, M.D. Lansing, R.J. Reichles & L.M. Marcus, 2008)

Le PEP s'applique à des enfants entre 2 et 7 ans et demi. Son but est d'établir un profil développemental concernant les domaines suivants :

1. La cognition verbale et préverbale
2. Le langage dans ses versants expressif et réceptif
3. La motricité fine

4. La motricité globale
5. L'imitation visuomotrice

Le PEC s'intéresse également aux comportements moteurs et verbaux de l'enfant, ainsi qu'à l'expression des affects.

5. TTAP (*Teacch Transition Assessment Profile* ; G. Mesibov, J.B. Thomas, S.M/ Chapman, et Eric Schopler, 2013) Profil d'évaluation de la transition vers la vie adulte.

Spécifiquement dédié aux personnes autistes adolescentes et adultes, ce test souligne les émergences et les évolutions dans six domaines fonctionnels, dans différents contextes comme la maison, l'école et le travail :

1. Les compétences professionnelles
2. Le comportement professionnel
3. Le fonctionnement autonome
4. Les loisirs
5. La communication fonctionnelle
6. Le comportement interpersonnel

(Une formation est nécessaire pour la passation de ce test.)

6. VINELAND-II Échelles de comportement adaptatif de Vineland (2e édition, 2015 SPARROW S.S. ; PhD CICHETTI D. V. ; PhD BALLA D.A. ; ADAPTATION FRANÇAISE ECPA)

Le Vineland est un test de référence pour évaluer le niveau d'autonomie et d'adaptation de la personne à tous les âges de la vie. Il explore la communication et les compétences dans la vie quotidienne et la socialisation, ainsi que dans la motricité (pour les enfants de moins de 4 ans). Ces échelles ne sont pas dédiées exclusivement au diagnostic de l'autisme ; elles concernent d'autres pathologies telles que la déficience intellectuelle,

les troubles de l'attention, les troubles sensoriels, les démences de type Alzheimer et la perte d'autonomie de la personne âgée.

7. LE PROFIL SENSORIEL DE DUNN

S'appuyant sur un questionnaire adressé aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant, le test cherche à corréler le traitement des informations sensorielles avec les performances dans la vie de tous les jours. En effet, depuis la publication du DSM5, les troubles sensoriels font partie intégrante du diagnostic de l'autisme.

La version longue du « profil sensoriel » est composée de 125 items et la version courte regroupe les 38 items les plus significatifs. Malgré la facilité d'utilisation du formulaire, une formation à l'intégration sensorielle est nécessaire pour l'interprétation des résultats.

8. LE BILAN SENSORIMOTEUR D'ANDRE BULLINGER

André Bullinger, psychologue du développement, a consacré sa carrière au développement sensorimoteur du jeune enfant. Au cours de sa carrière, il a côtoyé Piaget et Ajuriaguerra et a également travaillé avec Pierre Delion et Louis Vallée. Bullinger a créé, au sein de l'hôpital de Genève, une consultation appelée « l'atelier de l'enfance », où il recevait des enfants souffrant de déficits sensoriels et moteurs.

« En 2002 il commence à former de nombreuses équipes francophones au bilan sensorimoteur et à sa philosophie, notamment avec l'aide de Anja Kloeckner, de Dorothea Chadzynski et d'Évelyne Camaret dans les Universités de Lille, de Montpellier et de Brest. Il a participé personnellement à la formation de nombreuses équipes de CMP de secteurs et d'hôpitaux de jour de pédopsychiatrie (TED/TSA), de services de néonatalogie (soins de développement), de CAMSP (IMC, troubles du développement, troubles

visuels) et d'établissements médico-éducatifs (troubles du développement et troubles cognitifs)¹⁰⁹ ».

Le bilan sensorimoteur André Bullinger se base sur l'analyse de mises en situation globales concernant :

- La motricité globale
- L'organisation posturale (les troubles du redressement et de l'enroulement)
- L'organisation des systèmes sensorimoteurs
- Les systèmes sensoriels
- L'oralité
- L'organisation praxique
- La structuration spatiale
- La régulation tonico-émotionnelle
- La représentation de l'organisme
- La graphomotricité

Pour la passation du BSM (bilan sensorimoteur), la présence d'au moins un de deux parents, ou des tuteurs de l'enfant est nécessaire. « Le bilan cherche à mettre en évidence les moyens dont elle (la personne) dispose pour interagir avec son environnement¹¹⁰ ». Afin de permettre à l'évaluateur d'être pleinement disponible pour le patient, le bilan André Bullinger est filmé. Un entretien avec les parents suit la partie filmée du bilan. Lors de cet entretien, la famille donne ses impressions quant à la passation du bilan et l'histoire de vie de l'enfant est retracée. Contrairement à d'autres bilans, le BSM propose une anamnèse après la passation des items qui le composent. L'évaluation du bilan se fait à partir de l'analyse du film. Un entretien de restitution aux parents a lieu après la passation du bilan. Un compte rendu écrit est donné à la famille lors de l'entretien de restitution.

109 Delion, Pierre. 2015. « Hommage à André Bullinger ». Le Carnet PSY N° 188(3):48-49.

110 <http://www.absm-andre-bullinger.com/le-bilan-sensori-moteur-dandre-bullinger/quest-ce-que-le-bilan/>

Le bilan sensorimoteur est pratiqué par des médecins, des psychologues, des éducateurs ou des psychomotriciens ayant obtenu le diplôme ou le certificat de formation. L'Association des Praticiens Diplômés du « Bilan Sensori-Moteur André Bullinger® » (A.B.S.M.) regroupe les praticiens formés à la passation du Bilan. La formation s'étale sur deux ans et comporte 170 heures d'enseignement et 120 heures de travail personnel.

9. L' EPSA (Échelle des Particularités Sensori-psychomotrices dans l'Autisme)

Cette échelle a été publiée en juin 2020 et développée par le Centre de Ressources Autisme de Tours. L'EPSA est le premier outil d'évaluation de l'autisme exclusivement adressé aux psychomotriciens. Elle mesure de manière qualitative et quantitative les atypies sensori-psychomotrices des enfants autistes.

Elle a pour but d'identifier de possibles comorbidités, notamment le trouble développemental de la coordination (TAC).

L'EPSA complète le bilan psychomoteur. Elle se compose d'un formulaire à remplir par les parents de l'enfant ou les personnes s'occupant de lui, et d'un autre formulaire à remplir par le psychomotricien à la fin du bilan psychomoteur. 160 items sont évalués selon un degré d'expression de 0 à 4. (0 : absence ; 1 : légère ; 2 : modérée ; 3 : sévère ; 4 : très sévère). Les grands domaines du développement évalués sont :

- La sensorialité
- La motricité
- La représentation du corps
- Le corps en relation sociale
- L'utilisation des objets
- L'espace et le temps
- La régulation tonico-émotionnelle

Le résultat est restitué aux parents sous forme de tableau. L'utilisation de l'EPSA ne demande pas de formation particulière en dehors du diplôme de psychomotricien.

Bien que tous ces outils de diagnostic ne soient pas réservés au psychomotricien, les résultats du bilan psychomoteur viennent les compléter, dans une dynamique de complémentarité pluridisciplinaire, d'évaluation et de prise en charge des enfants autistes.

Comme nous l'avons mentionné, l'un des atouts de la psychomotricité est d'être une profession intégrative, s'enrichissant de référents théoriques divers. C'est dans cette interdisciplinarité que se déploie notre recherche. « Le chercheur en psychomotricité, à partir de l'étayage indiscutable fourni par les données de la clinique, se doit de rester ouvert à un pluralisme théorique qui, au-delà de ce qu'il impose sur le plan de l'articulation entre des référentiels parfois fort différents, peut permettre à ce champ de pratiques à médiation de conserver une dynamique de recherche constructive¹¹¹ ».

111 Boutinaud, Jérôme, Fabien Joly, Olivier Moyano, et Marc Rodriguez. (2014). Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives : pour une approche psychodynamique. Paris: In Press. p 31

3. LES ÉMERGENCES DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT AUTISTE : LES LIENS ENTRE LA CONSTRUCTION CORPORELLE, LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ET LA COMMUNICATION À PARTIR DE L'ÉCHOLALIE

3.1. Pourquoi l'imitation, la répétition et les écholalies ne sont-elles pas toujours pathologiques ? Un parallèle entre le développement de l'enfant tout-venant et celui de l'enfant autiste

L'histoire de vie d'un enfant commence bien avant sa naissance. Nous pouvons affirmer que cette histoire commence avant même sa conception, lorsque le désir de parentalité se fait jour chez les futurs parents. Malheureusement, notre étude ne peut pas prendre en compte la vie intra-utérine. Bien que cela soit un sujet passionnant, nous risquerions de trop nous éloigner du sujet qui nous occupe.

Dans les pages qui suivent, nous tracerons les grandes lignes du développement psychomoteur de l'enfant, en relation avec la naissance du langage, et les situations à risque autistique liées à chaque période. Nous soulignerons également les anomalies de développement qui se présentent chez un enfant dit à *risque autistique*, notamment dans les deux premières années de vie. Bien qu'il soit impossible de poser le diagnostic d'autisme avant l'âge de deux ans, des signes d'alerte apparaissent très tôt dans le développement. Nous présenterons ainsi un parallèle entre le développement dit « normal » de l'enfant et les écarts observables dans le développement du bébé à risque autistique.

Les trois premières années de vie sont d'une importance fondamentale pour le développement psychomoteur, linguistique et affectif de l'enfant. Nous y trouvons déjà les racines de l'émergence du langage et de la communication.

Lors des trois premières années de vie d'un enfant, le cerveau est en plein développement et des milliers de connexions se produisent. Le développement de l'enfant sera déterminé par son équipement physiologique de base, par les conditions physiques du milieu dans lequel il se développe et par les interactions que le tout-petit entretient avec son milieu humain, c'est-à-dire avec les personnes qui s'occupent de lui, et principalement avec sa mère.

La mère a un rôle d'étayage pour le bébé, elle l'aide à diriger son attention vers un objet déterminé, lui présente le monde. Elle initie les interactions. Nous faisons bien sûr référence ici aux concepts de *holding*, *handling* et *object presenting* de Winnicott. « L'essentiel de ce que fait une mère avec son bébé ne passe pas par les mots. Cela est évident, quoiqu'on ait tendance à l'oublier¹¹² ».

Durant la première année de vie, l'activité symbolique du bébé se développe à partir de la dyade qu'il forme avec sa mère. « Elle lui prête des désirs, des satisfactions, des chagrins, et elle les exprime pour lui. Elle anticipe et rythme la vie du bébé. Peu à peu, celui-ci la reconnaît. Ces échanges de la toute petite enfance vont encourager le gazouillis (ou jasis) puis le babil de l'enfant (vers 6 mois)¹¹³ ». Ces rythmes s'inscrivent dans un récit que la mère construit avec et autour de son bébé, comme l'explique Pierre Delion : « la narrativité, la proto-narrativité et la mise en récit sont le tissu des interactions dans lesquelles le bébé va se couler, comme on se coule dans un vêtement pour sortir dans le froid du monde. Un bébé est *langé* dans ses premiers vêtements et il est *langagé* dans la narrativité¹¹⁴ ».

112 Winnicott, D. W., Michelin, M., Rosaz, L., & Spock, B. (1997). *Le bébé et sa mère*. Payot. p.92

113 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). *La naissance du langage dans les deux premières années*. Puf. p. 16

114 Chantal Clouard, Bernard Golse, et Alain Vanier, (2017.) *La narrativité: racines, enjeux et ouvertures* : actes du Colloque de Cerisy, 5-12 septembre 2012. Paris: In Press.p. 323

3.1.1 Entre la naissance et 3 mois

Lors des premiers jours et semaines de la vie du bébé, la plupart des échanges entre la mère et son bébé ont lieu en face à face. Les regards du bébé, ses vocalisations et ses mouvements, en particulier ceux des mains, constituent son apport à la boucle d'interactions qu'il tisse avec sa mère. Nous nous trouvons face aux prémices de l'intersubjectivité. Au niveau tonique, le nouveau-né présente une hypotonie axiale qui contraste fortement avec son hypertonie distale. La colonne vertébrale est enroulée et les membres supérieurs et inférieurs sont repliés avec une tonicité très importante. La pesanteur, les forces gravitaires, obligeront l'enfant à trouver une organisation tonique différente de celle qu'il avait dans l'utérus maternel. La motricité du bébé est en grande partie involontaire et spontanée, déclenché par des réflexes archaïques. Le réflexe de succion est très présent et permet au bébé de coordonner la succion avec la respiration et la déglutition. Nous observons aussi le réflexe de *grasping* ou de préhension automatique : le bébé agrippe tout ce qu'on lui met dans la main, les poings sont fermés. Le réflexe de Moro est un réflexe de défense, de lutte contre la chute : en réaction à un stimulus désagréable, le bébé présente une extension/abduction des bras, normalement associée à des cris. Le réflexe des points cardinaux fait que le bébé tourne la tête en direction de la partie du corps qu'on lui touche.

Vers 2 mois, ces réflexes commencent à se faire plus discrets, les membres supérieurs et inférieurs sont moins tendus. Des vocalises apparaissent. Vers 3 mois, la motricité volontaire prend le relais des réflexes archaïques. Elle permettra à l'enfant de communiquer, d'échanger avec son milieu. Le maintien de la tête est possible pendant quelques secondes. Les vocalises se prolongent en gazouillis, le bébé répond lorsqu'on lui parle. Il essaie déjà d'imiter certaines caractéristiques intonatives de la langue qu'il entend.

Pour le bébé à risque autistique, des troubles du regard peuvent commencer à se manifester. Ils ne sont pas faciles à repérer, mais les parents

les décrivent intuitivement. Les troubles du regard sont considérés comme une attaque à l'attention partagée. André Carrel donne quelques caractéristiques de l'évitement relationnel du regard :

- regard absent ;
- regard périphérique ;
- regard en « passe muraille », avec accommodation loin derrière le plan des yeux d'autrui ;
- strabisme éphémère ;
- regard flou ;
- regard dur, hyper pénétrant ;
- regard proximal, « cyclope »¹¹⁵

Carrel nous explique comment ces troubles du regard prennent une place très importante lors de la prise en charge du bébé à risque autistique. Ils sont un critère d'alerte des parents et des professionnels. Ces troubles peuvent entraver la mise en place de l'attention conjointe ou partagée, ainsi que l'engagement de la relation triadique entre le bébé, et ses parents.

Notons que l'évitement du regard peut être considéré comme un évitement des mouvements rapides que produisent les yeux et le visage, et que l'enfant autiste n'a pas le temps de traiter. En effet, les enfants autistes ont un traitement des informations sensorielles plus lent (Gepner). De plus, la stabilité de la tête n'est pas encore suffisante pour profiter des échanges de regards. Les prises de contact par le regard sont brèves, sans pouvoir se stabiliser suffisamment dans la durée. Mais en l'absence de regard fovéal, l'enfant n'acquiert pas la capacité à évaluer les distances, ce qui a des conséquences pour appréhender l'espace environnant, dont il n'évalue pas les limites et les bords.

115 Carel, A. (2008). « Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson ». In Les bébés à risque autistique : Vol. 2e éd. (p. 45 64). Erès. p.57

3.1.2 Entre 4 et 6 mois

Les manipulations s'adaptent de manière générale à la taille et à la forme des objets. Les capacités intermodales de l'enfant commencent à être observables. « À 4 mois un enfant dispose d'une capacité à transférer des informations de la modalité tactile vers une autre modalité¹¹⁶ ». Autrement dit, il peut associer des informations visuelles et tactiles d'un même objet. La détente corporelle apparaît et il y a moins de tonicité au niveau des membres. Les mains peuvent se réunir lorsqu'il joue. Les gazouillis augmentent, mais le bébé reproduit uniquement des phonèmes de la langue maternelle, où des langues avec lesquelles il est en contact permanent.

Le rire aux éclats apparaît. Le rire et le sourire sont d'une importance remarquable pour le maintien des échanges entre le bébé et son milieu humain. Ils sont la manifestation d'un partage émotionnel, une preuve d'empathie et marquent la possibilité d'attention conjointe à partir d'un partage émotionnel. Le bébé est attentif à sa mère, mais également à ce vers quoi l'attention de la mère est dirigée, il « suit le regard de sa mère si elle porte son intérêt sur autre chose, après l'avoir regardé¹¹⁷ ».

3.1.3 5 mois

Le tonus s'organise de façon à mieux lutter contre la force de la gravité. Le soulèvement du bassin est possible, ainsi que les retournements dos-ventre. La préhension commence à être volontaire. Entre trois et six mois, les bébés à risque autistique manifestent des troubles de l'écoute. Le bébé réagit peu ou pas à la voix humaine, mais il est très réactif aux sons non humains. Au niveau de la posture, des difficultés d'ajustement tonique sont observables et se manifestent notamment par les difficultés de portage. Le bébé est soit hypertonique, soit hypotonique. Ce manque d'ajustement

116 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). La naissance du langage dans les deux premières années. Puf. p. 28

117 Ibid p. 28

postural empêche le *holding*, ou tenue, dont parle Winnicott. Certaines mères commencent à développer le sentiment de ne pas être suffisamment bonnes, de ne pas savoir s'adapter aux besoins du bébé. Or, ce sont les difficultés de régulation tonique du bébé qui l'empêchent de s'adapter à sa mère.

3.1.4 6 mois

Le bébé sera en capacité de transférer un objet d'une main à l'autre. Il peut déjà commencer à s'entraîner à la posture assise, par une posture en « tripode » ou « trépied ». Cette position marque le début de la verticalité et un changement important dans la façon de percevoir le monde (par rapport à la position allongée sur le dos). Le mode d'échange en face à face sera remplacé par une position en côte à côte, et des objets seront introduits dans l'échange, favorisant ainsi l'étayage de l'attention conjointe. L'attention conjointe est celle que portent deux personnes à un même objet ou à une même cible visuelle. « Le simple fait d'explorer communément un objet avec un adulte est une raison suffisante à motiver des comportements d'imitation. Il s'agit alors en quelque sorte d'une interaction imitative¹¹⁸ ».

Le fait de partager l'intérêt que l'on porte à un objet, à une situation, développe chez l'enfant le besoin d'imiter l'autre et de découvrir un objet d'intérêt avec l'autre, de diriger son attention sur l'objet qui semble si attirant. L'attention conjointe permet l'imitation. La répétition associée à des micro décalages favorise la représentation. Pour qu'il y ait imitation, un décalage est nécessaire. ainsi le thérapeute doit-il accueillir la répétition comme une nouveauté et en faire une rêverie pour l'insérer comme telle dans la thérapie. Nous insistons sur l'idée que les émotions partagées amènent l'enfant à donner du sens au monde, donnent à l'enfant accès à la

118 Rivière, J. (2002). Le développement psychomoteur du jeune enfant idées neuves et approches actuelles. Solal éd. p.157.

capacité de se représenter les choses dans l'échange avec les personnes de son entourage et à l'évocation.

A cet âge, le bébé est en capacité de tourner la tête vers une source sonore et de maintenir son attention dirigée vers cette source. Nous tenons à rappeler que l'attention soutenue est fondamentale pour tous les processus cognitifs. L'intervention de la mère à ce moment « consistera entre autres à soutenir l'attention du bébé afin de l'étayer dans son activité d'exploration¹¹⁹ ».

Elle se verra confrontée à la tâche de savoir quand solliciter l'attention du bébé et quand le laisser, de se trouver dans le *suffisamment bon* décrit par Winnicott. D'après lui il existe trois fonctions maternelles naturelles et fondamentales : le *holding*, qui correspond au fait de tenir, de porter son enfant. Le *handling* (maniement) ou la façon dont le bébé est manipulé. L'*object presenting*, ou la façon ajustée dont la mère invite le bébé à faire connaissance avec les objets du monde réel en les lui présentant.

Dès les premières tétées, les bébés au développement typique ont très vite une préférence pour les stimuli d'origine humaine, lesquels déclenchent la production d'ocytocine, hormone dite de l'attachement. Alors ils se désintéressent de ce qui est non humain. C'est la mère qui attirera l'attention de son bébé vers les objets du monde extérieur.

Contrairement aux enfants au développement typique, les enfants autistes ne font pas de tri entre les informations d'origine humaine et non humaine. C'est pourquoi ils se trouvent vite saturés par une trop grande quantité d'information à traiter en simultanée. Ils évitent alors tout ce qui est trop complexe et trop rapide, comme les expressions des visages, et se réfugient dans l'univers non humain, plus stable et plus facile à traiter.

Les lallations et le babillage apparaissent également vers six mois. Le bébé au développement normal expérimente et joue avec sa voix, fait varier le volume et le débit de ses productions. Il sourit et vocalise devant son image dans le miroir.

119 Ibid, p. 153

3.1.5 7 mois

Au niveau de la posture, le bébé fait *le parachutiste* : il tient ses mains vers l'avant pour éviter de tomber lorsqu'il est assis. En position allongée, il met ses pieds dans sa bouche. Les retournements ventre-dos sont possibles. En ce qui concerne la préhension, le bébé commence à lâcher les objets de façon volontaire et imprécise. Il fait passer les objets d'une main à l'autre.

En ce qui concerne le langage, on commence à distinguer certaines syllabes. Le bébé commence à imiter des enchaînements moteurs faciles comme les *marionnettes* ou le geste d'au revoir d'une grande valeur sociale, du point de vue de l'investissement de la relation à l'autre. Par imitation de l'adulte, le bébé comprend à quel moment il est pertinent de produire ces gestes. Le milieu humain sera là pour lui rappeler la pertinence de la répétition du geste en fonction de la situation. Le bébé va tendre la main pour attraper l'objet qu'on lui propose. Il comprend ainsi qu'un objet lui est proposé, il se sent actif dans l'échange et il va pouvoir accueillir cet objet pas uniquement d'un point de vue moteur. La mise en mots de la situation et le plaisir que provoque la réaction du bébé étayent le sentiment de partager un objet, une émotion, et le fait d'être au monde ensemble. L'enfant pourra ainsi s'identifier à l'adulte à ses côtés et s'inscrire dans la lignée humaine en tant qu'être de relation.

Chez le bébé autiste, la coordination gauche/droite, est moins aisée du même que la coordination entre le haut et le bas du corps. Par ailleurs, l'attention conjointe se met en place plus difficilement. Le bébé autiste ne sait pas qu'il intéresse autrui et relance peu le lien, l'échange qu'on lui propose. Le traitement des émotions est trop complexe pour les bébés autistes, à moins que l'émotion ne soit simple et claire, dépourvue d'ambiguïté. De plus, ses réactions sont différées, ce qui ne facilite pas la rêverie ni la narrativité maternelle.

3.1.6 Entre 8 et 9 mois

« Les bébés manipuleraient de manière stéréotypée (frapper, mettre à la bouche¹²⁰) ». Par *manière stéréotypée* de manipuler, nous entendons ici la répétition en boucle du répertoire moteur dont dispose l'enfant, menant à l'exploration. La répétition, même décrite comme stéréotypée, n'est pas un trait pathologique, mais un passage obligé dans le développement de l'enfant pour arriver à des explorations et des manipulations plus ajustées et ciblées vers l'objet exploré. À partir de ces répétitions, le bébé pourra extraire des caractéristiques invariantes de l'objet pour mieux le connaître et se le représenter en son absence. « L'objet du monde physique n'a de sens et d'intérêt pour le bébé que parce qu'il fait partie intégrante de l'univers social dans lequel évoluent les personnes de son entourage : pour « être comme » ses semblables, le bébé doit apprendre à « agir comme » ses semblables. Cet apprentissage passe certes par l'acquisition d'habiletés, entre autres par imitation, mais aussi par l'acquisition de règles de conduite nécessaires à son intégration dans les interactions sociales¹²¹ ».

La position assise se stabilise. La marche à quatre pattes commence à se dessiner. En position dorsale, le bébé peut se soulever pour passer en position assise, en s'appuyant sur son bras. En position ventrale, l'alternance des retournements dos-ventre constitue un moyen de locomotion. L'enfant commence à pouvoir se déplacer dans l'espace de façon autonome. Il combine des syllabes et imite les sons qui lui sont familiers. Il commence également comprendre la signification du *non* (un des organisateurs du moi). Le bébé « organise un “dialogue gestuel” en face à face (ex. : la mère penche sa tête de à gauche en chantant “bateau” ; elle s'arrête, le bébé sourit en agitant sa tête)¹²² ».

120 Rivière, J. (2002). Le développement psychomoteur du jeune enfant idées neuves et approches actuelles. Solal éd.p.154

121 Ibid, p. 158

122 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). La naissance du langage dans les deux premières années. Puf. p.19

Les premiers mots disyllabiques simples apparaissent : papa, maman, dodo. « Grâce à un bain de langage permanent et à ses interactions plurisensorielles avec son environnement, le langage de l'enfant se développe progressivement¹²³ ». Le pointage peut déjà apparaître à cet âge et se perfectionne après la première année de vie. Le pointage est « l'atteinte ou visée précise perceptive ou motrice d'une cible à distance¹²⁴ ». Plus précisément, le pointage consiste à montrer avec son index un objet ou une situation qui attire l'attention. Il vise à attirer l'attention de l'autre sur cet objet ou sur cette situation. Le geste de pointer se décline en deux catégories : le pointage proto-impératif et le pointage proto-déclaratif. Le pointage proto-impératif cherche à obtenir l'attention de l'autre personne pour atteindre un objet que l'enfant lui-même ne peut pas saisir. D'une certaine façon, il « donne l'ordre » à l'adulte de lui donner l'objet désiré. Pour autant les échanges de regards entre l'enfant et l'adulte en direction de l'objet en question sont bien présents, et son pour nous évocateurs d'une demande d'attention conjointe. Le pointage proto-déclaratif cherche clairement à attirer l'attention d'un adulte sur un phénomène que l'enfant cherche à comprendre, une situation qui l'étonne. Le pointage protodéclaratif est une demande faite à l'adulte pour partager l'étonnement que l'enfant peut ressentir face à une situation nouvelle qui ne correspond pas aux représentations qu'il a déjà intégrées. « Ce qui est essentiel, dans le geste de pointage, c'est sans doute qu'il s'appuie sur l'anticipation d'une attention partagée, et sur la construction d'un indice permettant l'émergence d'un lieu commun de discours et d'échange¹²⁵ ».

Le pointage proto-déclaratif, au même titre que les écholalies, est une quête de sens. Le caractère insistant de l'enfant, lorsqu'il pointe de façon

123 Morgenstern, A. (2019). Le développement multimodal du langage de l'enfant : des premiers bourgeons aux constructions multimodales. In Audrey Mazur-Palandre & Isabel Colon (eds.), *Multimodalité du langage dans les interactions et l'acquisition*. p. 27

124 Bloch, H. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse. p. 699

125 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). *La naissance du langage dans les deux premières années*. Puf. p.59

proto-déclarative, peut se comparer au caractère urgent que peuvent prendre, à un moment donné, les écholalies chez les enfants autistes. La fixation oculaire peut également être considérée comme un pointage. L'enfant à risque autistique peut présenter un refus de la position ventrale, du quatre pattes et de l'appui palmaire pour s'asseoir, ne pouvant pas encore coordonner ses gestes et sa posture. Des troubles de la préhension peuvent également être observés. André Carrel les regroupe de la façon suivante :

- Inertie préhensive : les mains restent inertes, mais parfois, un frémissement du bras ou une légère avancée du buste vers l'objet trahit l'intention et le conflit préhensifs ;
- Approche hésitante suivie de reculade, métaphorisée par l'expression « signe du cube brûlant » ;
- Contact par effleurement du bout des doigts sur les contours de l'objet ;
- Brièveté de la saisie palmaire de l'objet aussitôt rejeté ;
- Atypie de la pince fine. Le petit objet est pris non pas entre le pouce et l'index, mais par exemple entre petit doigt et annulaire, ou dans le creux interdigital ;
- « signe des oubliettes » : l'objet est jeté et n'est pas poursuivi du regard ;
- non-participation au jeu de tomber-ramasser¹²⁶.

Toutes ces conduites sont à lier avec de possibles irritations tactiles qui empêchent l'enfant d'investir le contact avec les objets et avec autrui, malgré son désir.

126 Carel, A. (2008). Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson. In Les bébés à risque autistique : Vol. 2e éd. (p. 4564). Erès. p. 59

3.1.7 Les 10 mois

A cet âge les déplacements à quatre pattes de l'enfant tout-venant gagnent en vitesse. Le bébé a trouvé un mode de déplacement autonome qui lui permet d'aller où il veut, d'explorer le monde à partir de différents points de vue et de différentes positions dans l'espace. Le bébé est capable de se mettre debout à l'aide d'un meuble via la position dite « du chevalier servant ». Il est capable de faire le geste d' « au revoir » accompagné de vocalisations. Les mots-symboles apparaissent, l'enfant essaie de nommer les objets indiqués ou montrés par l'adulte. La préhension évolue, la pince est de plus en plus fine, l'empilement de cubes est possible.

Vers 8 à 10 mois, apparaît la peur de l'étranger. Le bébé est capable de distinguer les personnes qui font partie de son entourage familial et celles qui n'en font pas partie ; il réagit de façon différenciée. La vue d'une personne étrangère entraîne des pleurs ou des cris. Le bébé se sert de façon plus consciente du langage corporel pour communiquer : le rire, les pleurs, la surprise, les bras tendus sont à l'ordre du jour pour initier et maintenir l'échange avec autrui. « On a maintenant la preuve grâce aux études en imagerie cérébrale que l'usage du langage implique des représentations motrices (Arbib, 2012). C'est par de subtiles mises en forme des actions quotidiennes et des pratiques avec les objets de l'environnement que la communication manuo-gestuelle au sein des interactions sociales amène l'enfant à adopter les formes conventionnelles du langage symbolique gestuel et verbal¹²⁷ ».

Les enfants autistes ne passent généralement pas par la marche à quatre pattes. Or, elle joue un rôle très important pour la mise en place des coordinations entre haut/bas du corps et droite : gauche. L'enfant autiste cherche généralement à se verticaliser directement, de façon rigide, sans passer par le quatre pattes. Le bas du corps est alors très peu investi, et les

¹²⁷ Morgenstern, A. (2019). Le développement multimodal du langage de l'enfant : Des premiers bourgeons aux constructions multimodales. UGA éditeurs. P 21

articulations peu utilisées. Les postures d'enroulement du bassin ne sont pas fréquentes. Même s'il sait marcher, certains enfants autistes préfèrent être au sol plutôt que debout, pour ne pas avoir à utiliser leurs jambes. Assez souvent, l'enfant autiste s'organise sur un mode de carapace musculaire, conséquence de la raideur musculaire, ou au contraire, par un désinvestissement total du corps. La pauvreté du langage verbal et gestuel peut chez les enfants autistes, être interprété comme un manque de disposition à établir des liens.

3.1.8 Entre 11 et 12 mois

La régulation tonique de l'enfant est prête pour les premiers pas (le début de la marche au-delà des 18 mois est considéré comme pathologique). « La marche correspond à un premier aboutissement du développement moteur, et la coïncidence entre un âge de mise en place de celle-ci et le développement du langage n'est certainement pas fortuite, car la marche permet notamment à l'enfant d'acquérir l'autonomie dont il a besoin et qu'il affirme lorsqu'il prend la parole¹²⁸ ». Le bébé à risque autistique, de par ses difficultés psychomotrices et d'ajustements posturo-toniques, marchera souvent tard, avec une préférence pour un appui podal sur les orteils, talon relevé, ou avec une marche dite *en chandelier*.

Le bébé commence à imiter la prosodie. Il porte une attention particulière aux jeux de « coucou » et aux jeux d'alternance du type « à toi, à moi ». Ces jeux permettent l'alternance dans le dialogue. « Le tour de rôle est une façon de préparer l'enfant à être ensemble, mais sans que personne ne disparaisse¹²⁹ ».

Les progrès en psychomotricité dominent cette période, ainsi que l'apparition de mots intelligibles. La manipulation des objets s'enrichit : le

128 Rossi, C. (2019). Mouvement et développement du langage. In A. Morgenstern & C. Parisse (Éds.), *Le langage de l'enfant : De l'éclosion à l'explosion*. Presses Sorbonne Nouvelle. P 113

129 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(1), 45-66. p.58

bébé encastre et emboîte les objets. Il remplit et vide, laisse tomber les objets de façon volontaire.

La coordination de plusieurs actions est possible. Toutes ces explorations s'accompagnent de bruits, souvent des onomatopées. En plus des mots courants, « d'autres [mots] apparaissent à leur suite pour accompagner des objets qui bougent ou font du bruit [onomatopées]¹³⁰ ». Il s'agit des bruits qui traduisent la représentation symbolique de certains objets du monde réel. Les onomatopées ont un référentiel stable. Vers la fin de la première année, la capacité à suivre un pointage apparaît. L'enfant sera en capacité de regarder dans la direction proposée par l'adulte, ou par un autre partenaire dans l'échange. Cette capacité peut se vérifier par l'alternance du regard entre la cible indiquée et la personne pointant cette cible. Il peut, également trouver un objet qui tombe derrière lui. On se dit alors que la permanence de l'objet est acquise : l'objet ne disparaît pas parce que l'enfant ne le voit pas.

La poursuite par le regard et la prise en compte de la direction du pointage permettent d'évaluer l'attention conjointe. Dans le cas d'un enfant autiste, l'attention conjointe telle que décrite ce dessus est difficile à apprécier. Puisque le contact oculaire direct peut s'avérer envahissant pour certains enfants autistes, il faut porter une attention toute particulière au regard périphérique, aux coups d'œil très brefs et autres manifestations toniques attestant d'une attention conjointe ou de toute conduite qui s'en rapproche. Le port de la tête se stabilise plus tard chez les enfants autistes, ce qui a un impact sur la difficulté à stabiliser le regard dans la durée.

« Pour désigner quelque chose à quelqu'un, il faut se savoir capable de partager l'attention portée sur un même objet, en même temps que des affects comme l'enthousiasme ou la peur. Le pointage, que l'enfant commence à utiliser vers un an, et en général avant les premiers mots, est toujours aussi une façon de parler de l'espace et du mouvement. [...] En

130 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). La naissance du langage dans les deux premières années, Puf. p. 16

effet, lorsque l'enfant commence à montrer du doigt, c'est aussi parce qu'il est devenu capable d'interagir avec les objets qui l'entourent, de les manipuler et non plus seulement d'en contempler les mouvements à distance : pointer revient souvent à anticiper une action, c'est presque une façon d'agir sur l'objet désigné, à distance¹³¹ ». L'étape suivante consiste à tendre un objet à l'adulte en espérant une réponse de sa part. Il s'agit ici d'un geste impératif. « De nombreux auteurs défendent une continuité entre signaux pré-linguistiques et linguistiques, suggérant que le bébé exprime son intention de communiquer au travers de gestes avant que la maîtrise du langage ne le lui permette (Bates et al., 1979 ; Bruner, 1983 ; Camaioni, 1993)¹³² ». Le geste proto-déclaratif cherche à agir sur le monde interne de la personne à côté de l'enfant. Ce dernier considère que celle-ci a les capacités nécessaires pour le comprendre et pour partager avec lui autour d'un phénomène qui attire son attention. Le geste impératif, observable plus précocement, vise à modifier le comportement de l'autre.

L'absence de pointage chez de nombreux enfants autistes tout comme la difficulté d'attention conjointe et de poursuite oculaire font partie des signes de risque autistique dans le test de dépistage du CHAT proposé par Simon Baron-Cohen, auxquels s'ajoute la difficulté à faire semblant.

3.1.9 15 mois

Le bébé peut monter les escaliers à quatre pattes. Il est à la recherche de plus d'autonomie et d'indépendance dans ses déplacements. La motricité fine est plus précise : l'enfant peut mettre des pastilles dans une bouteille. Il passe son temps à extraire des objets leurs caractéristiques physiques, les invariants : il pousse, jette, renvoie. Le bébé « saisit l'importance du regard

131 Roberts, J. M. A. (1989). Echolalia and comprehension in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 271-281. <https://doi.org/10.1007/BF0221184>

132 Rivière, J. (2002). Le développement psychomoteur du jeune enfant idées neuves et approches actuelles. Solal éd. p. 160

comme signe de la communication et comme déterminant de la valeur de la parole [...] et la relation entre la direction du regard maternel et le fait de nommer l'objet repéré¹³³ ».

Chez l'enfant autiste, l'investissement du corps est souvent partiel, au détriment de l'intégration d'une unité corporelle. Les enfants autistes ont souvent du mal avec les escaliers, car ils ont du mal à évaluer les distances et à faire des changements de focale en raison de l'évitement du regard fovéal, qui seul permet d'évaluer les distances.

3.1.10 18 mois

Le bébé continue à gagner en autonomie : il monte et descend les escaliers debout, s'accroupit, saute, traîne un jouet. Il peut manger seul et imiter les adultes dans les tâches domestiques. Cette imitation ne se fait pas de façon soudaine : elle est la conséquence de longues périodes d'observation. Le bébé peut répéter en boucle les actions qui le font rire. Il cherche à reproduire toute action entraînant un partage émotionnel agréable. Une préférence manuelle commence à se dessiner. Son jasis est assez mature. Le lexique se développe. La propreté peut commencer à être travaillée. Les mots sont repris à partir de la duplication de syllabes, les énoncés se complexifient. Le bébé est capable de nommer des objets du monde environnant. Les jeux de faire-semblant apparaissent.

Certains enfants autistes acquièrent la propreté au même âge que les enfants au développement typique. D'autres, plus tardivement, après que le bas du corps et les articulations des jambes ont été investis. Le travail relationnel, qui a un impact sur la construction de l'image du corps, peut se faire, même tardivement. Les jeux de faire-semblant sont difficiles pour des enfants autistes : leur absence est l'un des trois signes du test de dépistage du CHAT.

133 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). La naissance du langage dans les deux premières années. Puf.p. 19

Le partage émotionnel est possible avec un enfant autiste si l'entourage s'adapte de façon synchrone avec l'enfant à partir de ses éprouvés ou à partir de ce qui l'intéresse, sans apporter trop de nouveauté. Cela a un effet de représentation.

À 18 mois, les bébés alternent et organisent leur attention entre les personnes et les objets de façon évidente. L'enfant est capable de détourner son regard vers ce que regarde la personne avec laquelle il interagit. L'attention conjointe invite au partage intersubjectif. Nous remarquons une volonté de faire comme l'autre, de s'identifier aux mêmes choses, de regarder ce que l'autre regarde. L'activité cognitive du bébé devient très intense. À cet âge, « l'enfant peut manipuler la représentation des choses dans l'espoir de les faire apparaître. Il prend un plaisir accru à les penser et à les nommer. Le vocabulaire explose, les énoncés s'allongent. Le fondement du langage se met en place¹³⁴ ». Les mots qui traduisent l'absence et la transition apparaissent : *caché, voilà, parti, ça y est, encore*. Le mot « encore » occupe une place très importante dans l'échange avec les bébés, mais aussi avec les enfants autistes. Il permet de relancer l'échange et une indexation de la compréhension du langage.

Si les imitations sont possibles pour un enfant autiste, elles se font souvent en différé, le temps qu'il puisse tranquillement s'approprier ce qu'il a observé, ne sachant pas toujours partager dans le même temps qu'autrui. Les travaux de J. Nadel montrent que l'imitation qu'initie un thérapeute à partir des mouvements d'un enfant autiste est bien acceptée, même si celui-ci ne manifeste pas d'intérêt dans un premier temps. On observe qu'après un temps d'arrêt, l'enfant autiste réclame que l'imitation reprenne. Cela l'aide à se représenter ce qu'il fait. La conscience de soi est souvent fragile chez les enfants autistes.

134 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). La naissance du langage dans les deux premières années. Puf. P. 16

3.1.11 2 ans

L'enfant au développement typique est très à l'aise dans son corps et dans ses mouvements. Il explore tous les niveaux de l'espace, essaie de courir et de sauter, même s'il tombe. La préhension lui permet de manipuler un outil scripteur pour laisser une trace. L'enfant est capable d'associer deux mots pour construire une phrase, souvent un sujet et un verbe.

L'enfant se perçoit finalement lui-même comme une entité à part entière, différente de sa mère : l'utilisation du « je » apparaît pour marquer cette différenciation. Il se reconnaît dans un miroir et peut nommer certaines parties de son corps. Il peut également reconnaître et nommer les couleurs. Au niveau linguistique et du développement psychique et symbolique, nous constatons que « les pronoms possessifs apparaissent dans le langage de l'enfant [ainsi que] les premiers récits à partir d'une trace dans l'actualité (ex. : « les copains pan là », en montrant une blessure de la crèche). Les énoncés s'allongent (ex. : « veux y aller là-bas à la mer »). L'enfant utilise le « complémentaire linguistique » devant un objet (ex. : « rouro non » pour dire « pas rouge »). Premiers emplois de « veux » pour expliciter une intention ou un désir (ex. : veux y aller, veux tout seul, veux tout ça...)¹³⁵ ». Pour le bébé à risque autistique, au niveau de la communication, « on peut retenir, en bref, les éléments suivants : l'absence de babillage ou de gestes sociaux conventionnels (au-revoir, pointer...) à 12 mois, l'absence de mots à 16 mois, l'absence d'association de mots à 24 mois, toute perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge de l'enfant¹³⁶ ».

3.1.12 Entre 2 et 3 ans

L'enfant comprend les demandes de ses interlocuteurs. Il prend en compte le point de vue d'autrui. Il peut dessiner un rond. Beaucoup de

135 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). La naissance du langage dans les deux premières années. p. 21

136 Delion, P. (2008). Le dépistage clinique précoce. Introduction à la deuxième édition. In Les bébés à risque autistique : Vol. 2e éd. (p. 9 24). Erès. p. 17

questions apparaissent concernant le monde environnant. « L'enfant se fait mieux comprendre. Il dit ce qu'il veut, et ne veut pas, il précise ce dont il parle. Son activité cognitive commence à lui permettre de stabiliser des catégories dans le monde qu'il fréquente¹³⁷ ». Vers 3 ans, l'enfant peut s'amuser avec des jeux de langage. Il comprend les demandes directes et indirectes. La théorie de l'esprit, ou la capacité à attribuer et à comprendre la pensée de l'autre, s'acquiert tardivement chez les enfants autistes. Il leur est très difficile d'adopter le point de vue de l'autre et de reconnaître qu'il peut être différent du leur.

Nous avons vu que la répétition était très importante dans le développement de l'enfant. Le bébé répète ses explorations pour pouvoir les maîtriser et les comprendre. Pour pouvoir passer à autre chose, l'enfant prend un temps de répétition qui lui est propre. La répétition l'amène ensuite à l'imitation. Imiter, c'est en quelque sorte répéter l'autre, avec des moyens propres à celui qui imite.

3.2. L'écholalie : entre imitation et répétition

Répéter c'est redire, exprimer plusieurs fois ou recommencer une action ou un processus. Dans la théorie psychanalytique, Freud parle de la compulsion de répétition « comme un processus inconscient, immaîtrisable, qui contraint le sujet à reproduire des séquences (actes, idées pensées ou rêves) qui furent à l'origine génératrices de souffrances et qui ont conservé ce caractère douloureux. Elle provient du champ pulsionnel, dont elle possède le caractère d'insistance conservatrice¹³⁸ ». De ce point de vue, nous pouvons considérer que les répétitions sont signifiantes, mais n'ont pas toujours une intention, sauf celle d'être un jour représentées. Lorsqu'elles ne

137 Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). La naissance du langage dans les deux premières années. p.

138 Roudinesco, E., & Plon, M. (2006). Dictionnaire de la psychanalyse. Fayard. P. 913

sont pas intentionnelles, elles gardent du sens, que le sujet cherche à partager même si c'est de manière inconsciente.

Pour Lacan, la répétition est une « pulsion qui sous-entend la recherche d'un objet, d'une chose, toujours située au-delà de telle ou telle chose particulière, et de ce fait même, impossible à atteindre ¹³⁹ ». La répétition serait ainsi la recherche de symbolisation qui répète sans arrêt l'épisode traumatique. Lacan distingue, parmi les répétitions, celles qui sont dues au hasard et celles qui arrivent au bon moment, imprévisibles et immaîtrisables.

Toutefois, répétition et reproduction ne renvoient pas à la même chose.

La répétition se distingue de la reproduction. Cette dernière implique une volonté d'agir de la part du sujet, tandis que la répétition est souvent associée à un automatisme. La répétition peut être vue dans un premier temps comme un obstacle à la guérison. Lors de la cure psychanalytique, la répétition peut être travaillée afin que les contenus inconscients deviennent représentables.

« Le rapport de cette compulsion de répétition au transfert et à la résistance nous intéressera naturellement en premier lieu. Nous observons bientôt que le transfert n'est lui-même qu'un fragment de répétition et que la répétition est le transfert du passé oublié, non seulement à la personne du médecin, mais aussi à tous les autres domaines de la situation présente¹⁴⁰ ».

L'écholalie pourrait, de cette façon, être réduite par certains à un automatisme ou à une quête infructueuse, dépourvue de sens, et associée la pulsion de mort. Or, à l'origine, il s'agit bien d'une quête de sens de la part de l'enfant autiste. Il nous reste à définir à qui cette quête est adressée et quelles sont les attentes de l'enfant.

Les écholalies se situent entre l'imitation et la répétition. Nous pouvons dire que la répétition est une affirmation de l'existence de soi face à

139 Ibid.

140 Freud, S. (2004). Remémoration, répétition et perlaboration. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 1(1), 13-22. <https://doi-org.rproxy.sc.univ-paris-diderot.fr/10.3917/lcpp.009.0013>

l'autre et que l'imitation est une façon de prendre l'autre en compte. Les enfants autistes recourent à l'écholalie, à la répétition verbale, car ils cherchent à donner un sens à ce qu'ils éprouvent. Écholalie et répétition sont étroitement liées et peuvent être envisagées comme une volonté de tisser un lien. Ce serait une sorte de fil d'Ariane pour ne pas se perdre dans la rencontre avec l'autre, le Minotaure inconnu, imprévisible, surprenant.

La répétition, comme dans le cas du petit-fils de Freud, qui répétait les mots « Fort » (là) et « Da »(ici) lorsqu'il jouait avec une bobine en l'absence de sa mère, sert à mettre en scène une situation particulièrement déplaisante. Elle peut évoquer un traumatisme et a pour vocation de donner du sens ou de maîtriser une situation traumatisante. La répétition cherche à symboliser certaines situations et en cas d'échec pourrait se transformer en automatisme. Elle serait d'une certaine façon une tentative pour amoindrir la situation traumatique insupportable pour le sujet, dans une quête permanente et infructueuse de sens. Autrement dit, la répétition traduirait une impuissance dans sa quête même de sens, impuissance associée à la pulsion de mort. Dans notre étude des écholalies, nous n'irons pas jusqu'à affirmer qu'elles seraient l'incarnation de la pulsion de mort, mais nous voudrions au contraire insister sur le fait qu'elles sont une quête inconsciente du sens absent, mais qui ne pourra pas être accessible qu'avec l'aide d'autrui.

Autour de deux ou trois ans, les enfants entrent dans la période du « pourquoi ? ». Ils interrogent en permanence les adultes autour d'eux sur le pourquoi des choses et des phénomènes qui les entourent. Ils persévèrent dans ces questionnements jusqu'à trouver une explication qui ait du sens pour eux, en dehors de toute logique. Ils nous épuisent dans cette période, car nous devons donner du sens à ce que nous disons de la façon qu'ils attendent. La répétition du « pourquoi ? » correspond, comme nous l'avons expliqué plus haut, à une quête de sens. C'est ainsi entre 18 et 24 mois que l'on voit apparaître des éléments de pensée symbolique chez les enfants, de la paire avec la quête de sens incarnée par le « pourquoi ».

Entre 5 et 6 mois, l'imitation commence à avoir une fonction sociale. L'enfant est particulièrement sensible au fait de se voir imité par l'adulte en même temps qu'il imite l'adulte, ce qui ne passe pas nécessairement par le langage. L'alternance entre imiter et être imité, comme l'a souligné J. Nadel dans ses travaux sur l'imitation, crée une sorte de boucle très semblable à celle qui existe dans l'alternance de la prise de parole. Imiter c'est s'inscrire dans un monde partagé, dans un contexte singulier, propre à chaque enfant.

L'imitation est définie par le Petit Robert comme « l'action de reproduire volontairement ou de chercher à reproduire (une apparence, un geste, un acte d'autrui)¹⁴¹ ». L'imitation passe par un petit décalage entre la répétition et la reproduction : on fait comme l'autre, mais sans devenir l'autre. Ce décalage donne accès à une certaine différenciation qui permet d'abandonner l'adhésivité et sépare l'imitation de la stéréotypie. Nous allons illustrer ces propos à l'aide d'un exemple. Kevin est capable de reproduire, sur le robot, les mouvements de pression que nous avons exercés sur ses mains, lors du jeu « touche ma main ». À ce moment, Kevin accepte d'être touché, malgré ses irritabilités tactiles qui perdurent jusqu'à aujourd'hui. Pourtant il est capable de réaliser sur le robot la même qualité de toucher que celle qu'il a ressentie sur sa peau dans cet échange triadique entre nous, Kevin et le robot. Dans l'imitation, il est également question d'intersubjectivité et d'attention partagée. L'enfant autiste a pu proposer à autrui ce qui lui a été proposé. Kevin a été capable de répéter et d'imiter, point de départ d'une évolution certaine dans les types d'échange chez cet enfant.

141 Robert, P., & Rey-Debove, J. (Éds.). (2012). Le Petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française (Nouv. éd. millésime 2012 du Petit Robert de Paul Robert, éd. anniversaire 60 ans du Robert). Le Robert. p.1279

3.2.1 Meltzoff et l'imitation

Andrew N. Meltzoff, le grand spécialiste américain de l'imitation chez le bébé et le petit enfant, résume dans cet article de 2005¹⁴² l'essentiel de ses idées. Nous allons les résumer ici : l'imitation repose sur un fondement biologique, mais elle constitue également un mode fondamental de la communication interpersonnelle, par laquelle les nourrissons parviennent à reconnaître les autres comme des êtres sensibles à eux. La perception de l'équivalence « moi » et « l'autre » est un fondement de la cognition sociale humaine. C'est grâce à ce mécanisme fondamental de l'imitation que la société et la culture peuvent, in fine, tout simplement exister. L'imitation infantile, que Meltzoff a investigué extensivement grâce à de multiples expériences, présente trois aspects : imitation faciale, différée et mutuelle.

Les adultes et les enfants apprennent facilement des comportements nouveaux, simplement en regardant les autres faire. Les parents offrent ainsi à leurs enfants un modèle pour s'intégrer à leur culture, longtemps avant que l'éducation verbale ne soit possible. De très nombreux comportements, depuis l'utilisation d'outils jusqu'aux traditions familiales, sont ainsi transmis d'une génération à l'autre par simple apprentissage imitatif. L'imitation est un mécanisme puissant qui peut conduire à un apprentissage rapide. Il s'agit essentiellement d'un apprentissage qui ne procède pas par essais et erreurs. Dans le règne animal, l'imitation est rare. Beaucoup d'animaux regardent leurs congénères avant de s'engager dans des activités similaires aux leurs, mais cela est souvent facilité par des processus moins complexes que l'imitation. Définir l'imitation est malaisé, mais on peut relever trois conditions nécessaires à sa réalisation:

- 1 L'observateur adopte un comportement similaire à celui de son modèle;

142 Andrew N. Meltzoff, (2005), « Imitation and other minds: The "Like Me" hypothesis », in S. Hurley and N. Chater (Eds.), *Perspectives on Imitation: From Neuroscience, to Social Science* (Vol. 2, pp. 55-77). Cambridge, MA: MIT Press.

- 2 C'est la perception d'un acte qui provoque cette réponse de l'observateur;
- 3 L'équivalence entre les actes de l'un et l'autre joue un rôle crucial.

Cette équivalence n'a pas besoin d'être perçue au niveau conscient, mais si elle n'est pas prise en compte (à aucun niveau des systèmes neuronal, cognitif, ni computationnel), alors le bénéfice essentiel de l'imitation aura été perdu.

La thèse de Meltzoff est que l'imitation par l'enfant est en relation avec le fait de percevoir les autres « comme moi » et de prendre en compte l'existence d'une vie psychique qui leur est propre. Pour Meltzoff ces deux aspects sont dans une relation causale. Mais dans quelle direction pointe la flèche de cette causalité? Certains estiment que le fait de comprendre l'autre, et tout particulièrement ses intentions, est ce qui sous-tend l'imitation. Selon Meltzoff là, « on met la charrue avant les bœufs », et il espère pouvoir démontrer que c'est la machinerie neuronale qui est ce qui sous-tend la compréhension des autres, et non l'inverse.

- Une étape numéro un est assurée par l'équipement inné. L'observation de l'imitation chez les nouveau-nés apporte des preuves que l'observation et l'exécution de gestes sont couplés de façon innée. Nous avons naguère fait l'hypothèse que ceci est rendu possible par une représentation « supra modale » des actes. Du progrès dans cette direction a été fait, il a été prouvé qu'un sous-bassement neuronal de l'imitation.
- L'étape numéro deux est basée sur l'expérience individuelle. À travers leurs expériences quotidiennes, les enfants procèdent à l'encodage du rapport entre leur ressenti corporel et leurs expériences psychiques.
- L'étape numéro trois implique une projection. Lorsque des enfants en voient d'autres agir de façon similaire à eux, ils projettent sur les autres l'état mental dans lequel ils se trouvaient eux-mêmes lors de ce

comportement imité. Ceci serait impossible si les enfants ne voyaient aucune équivalence entre leurs actions et celles des autres (étape un), et cela n'irait pas très loin s'il n'y avait aucun lien entre leur ressenti psychique et leurs gestes corporels (étape deux). Les enfants comprennent les actions des autres comme ayant une signification qu'ils ressentent, non pas lors d'un processus pas-à-pas de raisonnement formel, mais parce que l'autre a été perçu comme étant « comme moi ».

Ceci n'est qu'un aspect du problème de la compréhension des états psychiques d'autrui, et Meltzoff espère que d'autres recherches aident à comprendre des états mentaux plus éloignés de l'agir. Meltzoff cite Astington & Gopnik, 1991; Bruner, 1999; Flavell, 1999; Harris, 1989; Humphrey, 2002; Meltzoff et al., 1999; Wellman, 1990, 2002; Perner, 1991, Ainsi que des recherches qui permettent d'éclairer le fait que nos pensées et nos sentiments puissent être différents de ceux des autres. Cette capacité humaine cruciale excède sans doute les possibilités de compréhension de jeunes enfants, mais chez les adultes elle est indispensable à l'empathie, à la capacité de se mettre à la place des autres, même lorsque nous voyons bien que cette place ne nous conviendrait pas tellement. Parvenir à définir l'imitation d'actions nouveaux est notoirement difficile, aussi bien chez l'animal que chez l'homme. Pour évaluer la capacité d'un enfant à imiter un comportement nouveau, Meltzoff a sélectionné des enfants de 14 mois, devant lesquels l'expérimentateur se penchait en avant pour toucher une boîte rectangulaire avec son front. Meltzoff voulait observer si l'imitation différée spontanée de ce geste par les enfants, allait se produire. Il a été demandé aux enfants de revenir une semaine plus tard. Les parents étaient exclus de l'expérience.



Figure 3 : Imitation d'un acte nouveau par des enfants de 14 mois. Il existe un aspect ludique dans l'imitation humaine. Les enfants sourient souvent lorsqu'ils ont réussi une imitation précise, comme on le voit sur la photo numéro 6. In Andrew N. Meltzoff, 2005, « Imitation and other minds: The "Like Me" hypothesis », in S. Hurley and N. Chater (Eds.), *Perspectives on Imitation: From Neuroscience, to Social Science* (Vol. 2, pp. 55-77). Cambridge, MA: MIT Press).

Cette expérience a permis de tirer les conclusions suivantes :

- Les enfants imitent des actes nouveaux ;
- Les enfants imitent de mémoire, et ne sont pas limités aux réactions immédiates ;
- Les enfants peuvent imiter les moyens mis en œuvre (contact avec le front) ; par conséquent, l'émulation. N'est pas seule en cause.
- Les enfants se servent d'autres personnes pour apprendre, et enrichir la gamme de leurs propres actions.

Les enfants peuvent donc copier de l'autre au moi. Selon l'hypothèse du « comme moi » ils peuvent également procéder en direction inverse, et reconnaître lorsque quelqu'un les imite, eux, en copiant donc du moi à l'autre. Cette situation d'être imité est particulière parce que seuls des êtres humains, à la différence de machines, sont capables d'agir systématiquement « comme moi ». Si des enfants sont capables de reconnaître quand une entité se comporte « comme moi », cela doit leur permettre de faire la différence entre des humains et toutes les autres entités au monde. Dans l'expérience

de Meltzoff, les enfants regardaient plus longuement la personne qui les imitait, ils souriaient plus souvent à cette personne. Un examen TEP (imagerie médicale par émission de positons) a permis de cartographier les régions du cerveau concernées. Ces tests permettent de tirer les conclusions suivantes :

- Les enfants ont conscience qu'ils sont en train d'être imités ;
- Cette reconnaissance « comme moi » est basée sur une congruence structurelle entre le moi et l'autre, et non sur une simple information temporelle ;
- Les enfants plus âgés testent la correspondance entre moi et l'autre ;
- Le lobe pariétal inférieur joue un rôle dans la différenciation d'actions d'imitation.

Comme nous l'avons dit, les enfants ont des facilités pour les deux formes d'imitation d'actes nouveaux, de l'autre à moi, et de moi à l'autre. Mais il est certain que les adultes font davantage que ça, ils associent des buts et des intentions aux actions qu'ils voient. Cette capacité est-elle innée, où émerge-t-elle avec l'acquisition du langage ? C'est la question que se sont posée certains chercheurs pour les enfants de 3 et 4 ans (Flavell, 1999 ; Harris, 1989 ; M. Taylor, 1996). Pour commencer à examiner la question en ce qui concerne les stades préverbaux, Meltzoff a développé en 1995 ce qu'il appelle la « *behavioral reenactment technique* », qui concerne l'imitation dans un registre plus abstrait, incluant la capacité de discerner les buts et intentions d'une action « sous la surface visible du comportement ». Les behavioristes « orthodoxes » rejettent toute description psychologique du comportement des gens. Mais à partir de 18 mois les enfants ne sont plus des behavioristes (si tant est qu'ils l'aient jamais été) et ils sont en mesure d'interpréter les actions humaines en les différenciant de celle des objets inanimés. Cependant, cette compétence surprenante à 18 mois ne

s'accompagne pas, comme chez l'adulte, de la conscience que l'intention est une expérience du moi.

L'apport des neurosciences :

Meltzoff a procédé à un test non verbal auprès d'adultes exécutant une action dans un but précis pendant un examen d'imagérie PET scan. Les sujets ont regardé un adulte en train de construire une tour en Lego, d'abord sans connaître le résultat final, ensuite sans connaître le processus de construction. La région du lobe médial préfrontal s'est révélée très active lorsque les sujets étaient contraints d'inférer le but. Cette région du cerveau est connue pour jouer un rôle crucial dans la résolution de tâches par les adultes. Il découle de ces expériences que :

- Les enfants codent les actes humains en termes de buts à atteindre ;
- Les enfants peuvent inférer les buts à partir de leurs échecs.
- Lorsque des enfants comprennent le but à atteindre, ils peuvent le faire diverses façons ;
- Les enfants font la différence entre les actions humaines et celles des objets inanimés ;
- Ils attribuent une psychologie primitive à ce qui est perçu « comme moi » ;
- Le lobe préfrontal médian est impliqué dans le fait de discerner les intentions des autres.

Comprendre la perception des autres

Une étude récente examinait si les enfants comprennent le fait que des mouvements attentifs des adultes sont dirigés vers des objets (Brooks & Meltzoff, 2002). Un groupe d'enfants a observé des adultes tournés vers la cible avec les yeux ouverts, et un autre a observé des adultes aux yeux fermés. Le mouvement de tête de l'adulte était identique dans les deux cas. Les enfants de 12 à 18 mois étaient significativement plus intéressés par les

adultes aux yeux ouverts. La cible acquiert une valeur particulière du fait qu'une autre personne la regarde. Cela implique chez les enfants une motricité différente de celle des adultes, il ne s'agit donc pas d'imitation pure (figure 4). Ce comportement est sophistiqué, et il n'est pas basé sur un savoir inné.

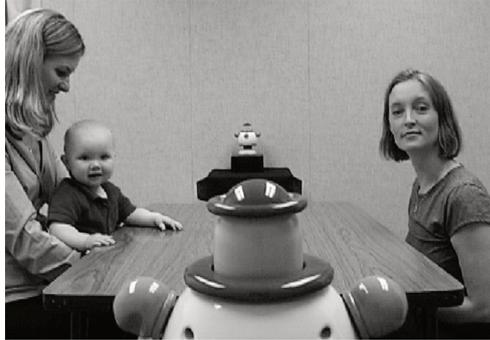


Figure 4. Suivi du regard par des enfants d'un an. In Andrew N. Meltzoff, 2005, « Imitation and other minds: The "Like Me" hypothesis », in S. Hurley and N. Chater (Eds.), Perspectives on Imitation: From Neuroscience, to Social Science (Vol. 2, pp. 55-77). Cambridge, MA: MIT Press.

Les enfants suivent significativement davantage le regard des adultes qui ont les yeux ouverts, montrant ainsi qu'ils prennent en compte le regard de l'adulte, et non simplement la direction du mouvement de leur tête.

Les implications de ce travail sont les suivantes :

- Les enfants âgés d'un an suivent le regard des adultes ;
- Ils comprennent que le regard de l'adulte est dirigé vers un objet, et qu'il ne s'agit pas d'un mouvement corporel sans signification ;
- Les enfants d'un an identifient certains obstacles à la perception (fermeture des yeux) différemment d'autres (bandeaux sur les yeux).
- Le fait d'avoir lui-même les yeux bandés a une influence sur la perception qui a l'enfant d'une personne aux yeux bandés. L'enfant utilise donc son expérience propre pour comprendre celle des autres.

La part de la nature : qu'est-ce que l'inné ?

Certains chercheurs se sont intéressés à la question des origines de l'encodage de l'action, et se sont limités à la dimension psychologique d'autrui. On peut envisager cette question du point de vue évolutif, développemental, et neuronal.

L'expérience joue-t-elle dans le développement des neurones-miroir ? Il existe une abondante littérature neuroscientifique au sujet de l'encodage des actions, qu'elles soient propres ou observées chez autrui. L'exemple le plus connu est très certainement celui des neurones-miroir (Rizzolatti et al., 1996a; Rizzolatti, vol. 1, ch. 1, and Gallese, vol. 1, ch. 3). Le rôle joué par les neurones-miroir est-il inné ? C'est peut-être le cas, mais le rôle de l'expérience dans l'apparition des neurones-miroir mérite une attention accrue. Les neurones-miroir sont activés lorsqu'un singe voit ou exécute l'action d'attraper un objet. Ces neurones semblent encoder l'action indépendamment du fait qu'elle soit exécutée par soi-même, ou par un autre. On peut tester ceci de deux façons. La première consiste à tester des singes nouveau-nés. La seconde consiste à élever un groupe de singes et de mettre en place un dispositif ne permettant pas aux animaux de visualiser la façon dont ils attrapent un objet. Si les deux populations possèdent des neurones-miroir fonctionnels dans leur cerveau, cela pourrait suggérer que ces neurones ne proviennent pas de ce que les singes ont appris en se voyant répétitivement attraper un objet. Les résultats d'une telle expérience paraissent incertains.

L'imitation faciale innée.

Meltzoff et Moore ont découvert que les nouveau-nés sont capables d'imiter les mimiques faciales. L'âge moyen de ces enfants était de 32 heures. Le plus jeune avait 42 minutes au moment du test. L'imitation faciale suggère l'existence d'un encodage inné entre l'observation et l'exécution chez l'humain. De surcroît, ces études donnent des informations en ce qui concerne les mécanismes utilisés par les enfants pour relier observation et exécution.

La préférence des chercheurs dans les études de l'imitation précoce, va à l'action de tirer la langue. L'acte de tirer la langue est le plus couramment utilisé parce qu'il est plus facile à observer à partir d'un enregistrement vidéo. Il existe plus de 24 études sur l'imitation précoce, réalisées par 13 laboratoires indépendants. Meltzoff pense que le nouveau-né est moins conscient du fait qu'il imite que ne le sont les enfants plus âgés.

La question centrale concerne les processus neuronaux et psychologiques qui font le lien entre l'observation et l'exécution d'actes identiques. Comment cela se passe-t-il pour les enfants résolvent ce problème du lien ? À ce sujet, deux découvertes :

- La première, l'imitation précoce n'est pas seulement une duplication immédiate. Des enfants qui avaient vu un geste l'on refait le jour d'après, en limitant à partir de leur mémoire à long terme.
- La seconde, les enfants corrigent leurs imitations. La première réaction d'un enfant lorsqu'il voit un geste facial c'est l'activation chez lui de la zone corporelle correspondante. Le point important est que la langue est mise en mouvement, plutôt que les lèvres ou les doigts, et avant que le mouvement soit identifié, comme s'ils isolaient la partie de leur corps à faire bouger avant de savoir comment la bouger. Meltzoff parle ici d'identification d'organe. Les données neurophysiologiques montrent que chez les singes, le fait de montrer des parties du visage et des mains activent des régions du cerveau spécifiques. Meltzoff indique que des recherches similaires ont été conduites chez les humains. Des parties du corps pourraient être représentées au plan neuronal, et servir de fondation pour l'imitation chez les enfants.

L'hypothèse de la cartographie intermodale active.

Meltzoff et Moore ont proposé l'idée que l'imitation faciale est basée sur une cartographie intermodale active (AIM en anglais). La figure 4 montre le schéma conceptuel correspondant à cette hypothèse. L'idée clé est que

l'imitation constituerait un processus de mise en correspondance avec la cible. Métaphoriquement, Meltzoff dit que l'extéroception (la perception des autres) et la proprioception (la perception de soi-même) parlent le même langage depuis la naissance, et qu'il n'y a pas besoin d'« association ». L'hypothèse de l'AIM n'exclut pas l'existence de certains actes basiques pouvant être imités d'emblée, sans besoin de feed-back, mais elle permet un feed-back proprioceptif et la correction des réponses aux actions nouvelles. `

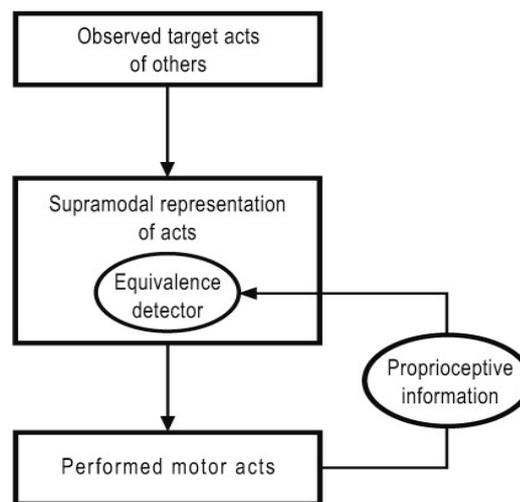


Figure 5 : L'hypothèse AIM pour l'imitation. In Andrew N. Meltzoff, 2005, « Imitation and other minds: The "Like Me" hypothesis », in S. Hurley and N. Chater (Eds.), *Perspectives on Imitation: From Neuroscience, to Social Science* (Vol. 2, pp. 55-77). Cambridge, MA: MIT Press.

Les implications théoriques sont les suivantes :

- Les nouveau-nés imitent des mimiques faciales qu'ils n'ont encore jamais vu exécuter ;
- Il existe chez les humains une voie innée pour l'observation-exécution ;
- Ceci est médiatisé par des structures qui permettent aux enfants de différer l'imitation dans le temps et de se corriger sans feed-back de l'expérimentateur ;
- Des découvertes récentes en psychologie du développement, en sciences cognitives et en neurosciences convergent vers la mise en

évidence de multiples niveaux spécifiques d'analyse des différents jargons unissant la perception et la production.

L'importance du développement pour comprendre les autres : une troisième voie.

Si la tâche lui avait été confiée de concevoir l'Homo sapiens Meltzoff explique qu'il aurait rendu inné le sens commun psychologique, afin que personne ne perde du temps à l'apprendre... L'école de pensée opposée prétend que les nouveau-nés n'ont pas la moindre idée que les autres humains posséderaient une psychologie, autrement dit que l'enfant naît « solipsiste » (Piaget, 1954), ou dans un état d' « autisme normal » (Mahler et al., 1975), et qu'il traite les gens comme des choses. À partir de là le chemin est long, et peut-être même impossible, pour parvenir à une psychologie de bon sens.

La science développementale moderne, dont Meltzoff se réclame, essaye de développer une troisième voie, qui octroie bien davantage aux nouveau-nés. Meltzoff pense que l'imitation par l'enfant et les représentations neuronales qui les sous-tendent fournissent les fondations innées pour construire une psychologie de bon sens à l'âge adulte. Il ne s'agit pas là du nativisme de Fodor. Il semblerait que Dieu n'a pas pourvu les enfants d'une psychologie de bon sens complète, toutefois les jeunes enfants vont au-delà de ce qui théorise Piaget. Ce qu'il faudrait, dit Meltzoff, c'est une nouvelle théorie du développement, un « nativisme du point de départ », incluant une compréhension riche des gens et des choses, ouverte aux expériences ultérieures de l'individu tout au long de son existence.

La théorie « comme moi », une esquisse

L'imitation indique que les nouveau-nés sont capables d'intégrer au niveau de leur propre corps, des actions qu'ils voient exécuter par d'autres. Les actions humaines sont spécialement significatives pour les enfants du fait qu'elles ressemblent à ce que l'enfant ressent de lui-même, et parce qu'elles

sont des événements dont l'enfant pourrait lui-même en avoir l'intention. Cette capacité innée de comprendre certains mouvements de son entourage comme étant « pertinentes pour moi » entraîne des effets en cascade pour le développement des enfants. Tout d'abord, le monde des objets matériels s'avère être divisé entre entités agissantes (les gens), et celles inertes (les choses). Et en deuxième lieu, « le fonds commun » d'actions humaines donne un accès aux autres que le monde des objets ne permet pas. On a pu croire longtemps que l'équivalence entre soi et les autres faisait partie intégrante de la psychologie de bon sens de l'adulte, et représentait une acquisition tardive de l'ontogénie, étroitement lié à l'apparition du langage. Les découvertes des sciences du développement suggèrent que les enfants saisissaient de façon innée l'équivalence entre les actions de soi et des autres. C'est cette équivalence qui donne son importance aux toutes premières interactions et interprétations par l'enfant du monde social, et qui se révèle fondatrice du développement humain.

L'article de Meltzoff comme base pour étudier les enfants autistes.

Il est important de souligner ici que l'imitation, chez l'enfant autiste, peut être différente. Tout d'abord elle passe par un seul canal, par une seule modalité sensorielle, qu'elle soit haptique (liée au toucher), visuelle ou auditive. Imiter est aussi une forme de communication : c'est faire comme l'autre et dire « ce que tu fais, m'intéresse et je veux faire comme toi, être comme toi ». Être imité, pour l'enfant autiste, c'est se percevoir à son tour comme un sujet intéressant pour la personne à côté de lui. Dans l'imitation, chez l'enfant autiste, il existe quand même une certaine sélectivité. A l'instar des écholalies, même dans l'adhésivité, l'enfant autiste choisit quoi ou qui imiter. En ce qui concerne par exemple le mouvement, les enfants autistes ne répètent pas tous les mouvements effectués par la personne qu'ils ont en face d'eux. En effet, il est plus facile d'imiter les mouvements simples que les actions (celles-ci requièrent la mise en relation du corps avec l'espace, avec des objets, et nécessitant de bien appréhender l'espace). On ne peut réagir à

des actions que si l'on a, dans son répertoire moteur, les moyens de le faire. Il en va de même pour les différents types d'écholalies. Pour les réaliser, il faut avoir construit un répertoire en amont. Par ailleurs, l'imitation est plastique. Elle prend en compte les petites différences existant d'un modèle à l'autre, et permet de stocker plusieurs façons de réaliser la même action, enrichissant d'autant le répertoire.

Il nous semble judicieux de prendre en compte la qualité de l'imitation, en particulier chez les enfants autistes : exacte ou approximative, complète ou partielle, immédiate ou obtenue après de multiples corrections. Nous parlons d'aspects moteurs, mais aussi de qualités de la perception. En tant que clinicien, il nous faut pouvoir identifier les imitations réalisées par les enfants autistes, les commenter et les intégrer comme partie active de l'échange. Les caractéristiques de l'imitation sont à mettre en relation avec la perception. Nous ne pouvons imiter que ce que nous percevons, en fonction de la façon dont nous les percevons.

J. Nadel, dans son livre *Imiter pour grandir*¹⁴³, propose de distinguer deux types d'imitation : une forme réflexe et une imitation intentionnelle. L'imitation réflexe a été identifiée par Wallon. Elle prend place du côté du mimétisme émotionnel, de la contagion émotionnelle, et peut être de l'ordre de l'empathie. Ce type d'imitation n'apprend rien au sujet, mais facilite le lien social. Piaget la qualifie d'imitation sensorimotrice. Vient ensuite l'imitation intentionnelle. Pour Wallon, il s'agit de l'imitation véritable et Piaget la qualifie d'imitation représentative. Pour Bullinger, c'est la répétition des boucles sensorielles archaïques qui mène à l'extraction des invariants, et ensuite à la représentation.

C'est aussi le partage émotionnel en synchronie qui facilite la représentation.

143 Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir* : Développement du bébé et de l'enfant avec autisme. Dunod.

Selon D. Stern, le travail de représentation n'est possible que s'il y a une comodalité sensorielle, c'est-à-dire que deux sens sont utilisés en même temps ou en transmodalité sensorielle.

3.2.2 Des invariants à la variation, y a-t-il du plaisir partagé?

La variation amène au plaisir partagé, car lorsqu'on sait que l'autre peut apporter de la variation dans l'échange, on lui attribue la capacité de nous étonner. L'autre devient moins imprédictible, plus intéressant et captivant. Il nous faut plus d'attention, et nous mettre en état d'hyper vigilance lorsqu'on ne sait pas ce que l'autre va dire. C'est la façon dont les enfants autistes arrivent à réguler leur état interne: par une mise en alerte et par une hyper- vigilance constantes. Nous sommes pour eux tellement imprédictibles, tellement variables, tellement complexes, que nous en devenons presque insaisissables.

Au départ, les enfants autistes n'imitent pas spontanément, parce qu'ils sont très peu en lien avec les autres. C'est au thérapeute d'initier les imitations à partir de ce qui intéresse l'enfant.

Pour imiter l'enfant autiste la rêverie est nécessaire, or la pauvreté des variations et le peu d'expression des enfants autistes peuvent nous mettre, en tant que thérapeutes, « en panne de rêverie ». Il nous faut alors nous étonner, même si les variations et les changements sont minimes. Car lorsqu'il n'y a plus rien de nouveau, nous ne pensons plus à partager. En relançant la rêverie, le thérapeute produit des pics prosodiques différents, de la même façon qu'il parle spontanément mamanais face à un tout petit bébé.

Pourquoi serait-il plus facile, pour les enfants autistes, d'être imités avant de pouvoir imiter ? Le film *S'imiter pour se parler*¹⁴⁴ nous montre comment la présentation des objets en double permet aux enfants de s'imiter. Cette alternance entre imiter et se sentir imité illustre la façon dont l'accordage dans l'échange devient possible. Lors de la séquence d'imitation, l'enfant a conscience de lui-même et de l'autre. À partir du moment où il se sent un individu, l'enfant peut imiter l'autre sans devenir l'autre. Par ailleurs, le fait d'être imité provoque la montée de l'ocytocine, à partir du partage d'une émotion, d'un échange générateur du plaisir. Apprendre à imiter, c'est apprendre à partager un monde. Être imité est d'une grande importance pour les enfants autistes, mais aussi pour les enfants à développement typique. Quand nous jouons avec un enfant de 2 ans et demi, il nous arrive de l'imiter. Lorsqu'il se rend compte qu'il est imité, il apporte de petites variations au jeu pour maintenir l'échange. Mais surtout, il se sent important, il sent qu'il a sa place en tant que sujet de la relation. Le fait de se sentir imité peut déclencher une véritable *chorégraphie* de la part de l'enfant, qui mettra en place des enchaînements moteurs incluant les séquences de l'adulte, mais aussi ses propres propositions. Cette imitation, accompagnée par un partage de l'étonnement face aux changements, amorce également la compréhension des tours de rôle dans le langage. Bien souvent, les enfants autistes sont soumis à un langage assez impératif : on leur donne des ordres. Les personnes autour de l'enfant sont dans l'attente de l'exécution de ces ordres par l'enfant. Lorsque le thérapeute imite l'enfant autiste, il lui propose une alternance dans des rôles, et des places. Solliciter l'autre est une façon de tisser une relation intersubjective. L'un des points forts du robot Nao est qu'il sollicite l'enfant autiste de la même façon qu'il sollicite les adultes ou les autres enfants. Il ne fait pas preuve de « discrimination clinique ». Il imite et se laisse imiter. Avec le jeu de coucou, que nous détaillerons plus loin, l'enfant se sent imité. Comme l'exprime Jacqueline Nadel tout au long de son

¹⁴⁴ Épisode 4 de la série « La Planète des enfants » de Valérie Lumbroso sous la direction de Boris Cyrulnik. https://www.canal-u.tv/video/cerimes/s_imiter_pour_se_parler.11920

ouvrage, se savoir imité est nécessaire pour communiquer avec autrui. Dès que l'enfant se sent intéressant pour autrui, il relance plus facilement l'échange.

L'imitation est nécessaire pour pouvoir être avec les autres. Les enfants autistes peuvent répéter en faisant appel à leur mémoire sensorielle, mais pas toujours cognitive. La répétition est donc, dans certains cas, une recherche d'appropriation et de symbolisation. Les différents travaux et interventions de Chantal Lheureux-Davidse nous ont appris que pour penser, il n'est pas nécessaire de disposer d'un langage, mais une voix intérieure suffit. L'émergence de cette voix intérieure doit être accompagnée chez l'enfant autiste. Le fait d'imiter l'enfant autiste, de répéter ce qu'il fait en essayant de créer un sens avec lui, étaye cette émergence. Nous pouvons par exemple inviter les enfants autistes à investir leur voix d'une façon autre que celle utilisée dans le cadre de la communication banale : les chuchotements, par exemple, peuvent être vécus comme étant moins invasifs, plus délicats. Petit à petit, la voix va se transformer en fonction des objets utilisés par l'enfant, pour arriver à une création partagée, à l'association d'un objet avec un mot prenant sens dans le partage avec l'autre, la répétition et l'imitation.

Le groupe de travail de la CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes, Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes) a étudié les conditions favorables à l'émergence du langage, et plus spécifiquement la place qu'y occupe l'écholalie. Les membres de ce groupe se sont servis de leurs interventions pluridisciplinaires auprès de personnes autistes âgées de 2 à 20 ans et bénéficiant toutes d'une prise en charge pluridisciplinaire¹⁴⁵.

Les observations de ce groupe nous montrent que les comportements restreints, des enfants autistes, méritent d'être mieux observés. Elles mettent en évidence les de petites modifications, les micro-détails qui apparaissent et

145 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 61(1), p. 45-66.

apportent une variation presque imperceptible à un comportement ou à une réaction jusqu'alors considérés comme répétitifs et restreints. Cette description illustre bien le cheminement de l'écholalie. Assez fréquemment, de toutes petites modifications apparaissent dans les énoncés. Nous pensons, avec les auteurs cités dans le premier chapitre, que ces micro-variations sont suffisamment importantes pour être considérées comme une tentative de modification et d'appropriation de l'énoncé, visant la relation avec autrui. La variation offre à l'enfant la possibilité de se confronter à d'autres réalités, de pouvoir dire non ou de faire opposition, de se positionner en tant que sujet et de l'exprimer par le biais du langage. Parlant des observations faites en vidéoscopant des enfants tout-venant, A. Morgenstern nous rappelle qu' « en tant que scientifique, nous savons qu'il est difficile de deviner ce que l'enfant veut dire, mais l'adulte qui interagit avec l'enfant doit le faire (et le fait d'ailleurs de manière très naturelle) pour que son enfant apprenne ce qu'est le langage et comment cela s'utilise¹⁴⁶ ». Nous tenons à développer ce même principe en tant que thérapeute face aux émergences du langage de l'enfant autiste, notamment les écholalies et les éventuelles micro-variations produites par l'enfant. L'utilisation d'une écholalie *assouplie*, c'est-à-dire présentant des micro-variations, ou un ajout, témoigne d'un début d'adaptabilité. En tout cas, nous pouvons en déduire un effort de l'enfant pour mettre en place les moyens nécessaires à la communication avec autrui. Plus l'enfant est capable de s'adapter aux propositions des autres ou aux conditions environnementales, plus l'écholalie sera susceptible de s'assouplir.

Les chercheurs actuels ont commencé à s'intéresser à l'acquisition du langage en fonction de l'observation des qualités plurisensorielles qui l'accompagnent. Ces qualités plurisensorielles « (qui passent par l'ouïe, la vue, le toucher et parfois par le goût et l'odorat) et multimodales (qui s'expriment par la parole, le geste, le regard, les expressions faciales) du

146 Dodane, C., Martel, K., Yamaguchi, N., & Morgenstern, A. (2019). Émergence des premiers mots. In C. Parisse (Éd.), *Le langage de l'enfant : De l'éclosion à l'explosion*. Presses Sorbonne Nouvelle. P. 41-58.

processus d'acquisition du langage¹⁴⁷ » sont présentes très tôt dans la vie du nourrisson, en plus des capacités motrices et de l'investissement du regard. Les particularités sensorielles de l'enfant autiste font que la plurisensorialité et la multimodalité, qui accompagnent l'émergence du langage, ne sont pas investies globalement. Nous avons évoqué, par exemple, la difficulté de l'enfant autiste à se concentrer simultanément sur deux canaux sensoriels et le fait que cette coordination n'ait pas été acquise d'emblée. Il faut l'expérimenter, pouvoir se la représenter et pour cela, l'enfant autiste a besoin de l'investissement du thérapeute.

Ainsi, l'émergence du langage par l'écholalie chez les enfants autistes n'est pas, en principe, accompagnée des gestes qui incarnent la plurisensorialité et la multimodalité. Il faut pouvoir accueillir ce manque dans l'échange, sans pour autant enlever sa valeur de communication à l'écholalie.

Nous mentionnerons, dans le chapitre 3.2 les difficultés propres à la mise en forme corporelle des enfants autistes selon les postulats d'André Bullinger et de Geneviève Haag.

3.3. Comment la construction corporelle, la communication et le langage se trouvent-ils liés dans les tableaux autistiques ? Le développement psychomoteur selon André Bullinger et les difficultés rencontrées par l'enfant autiste.

D'après André Bullinger¹⁴⁸, la rencontre thérapeutique avec des enfants autistes nous permet de repérer des régularités dans leurs conduites du point de vue sensorimoteur. Nous présenterons les principaux concepts du développement sensorimoteur de l'enfant développés par André Bullinger. Nous parlerons en particulier des flux sensoriels, de la régulation tonique, du

¹⁴⁷ Ibid

¹⁴⁸ Bullinger, A. (2015). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Toulouse : Erès.

développement postural, de la constitution des relations spatiales, de l'espace oral, de l'espace du buste, de l'espace de préhension, de l'espace du corps unifié et de l'espace de la pesanteur.

3.3.1 Le traitement des flux sensoriels

Un flux sensoriel est constitué d'un ensemble de signaux extérieurs qui viennent stimuler un capteur tactile. André Bullinger parle des flux sensoriels gravitaires, tactiles, olfactifs, sonores, et visuels. Pour chaque flux sensoriel, des capteurs spécifiques existent. Pour qu'un flux sensoriel soit maîtrisé, les systèmes archaïques et récents du traitement des signaux doivent être coordonnés. Un flux sensoriel existe lorsque cette coordination est possible.

Le système archaïque emprunte la voie spinothalamique et a des projections corticales. Il s'occupe du traitement des aspects qualitatifs du flux sensoriel. Sa réponse aux flux sensoriels est un ajustement tonique. Le système archaïque s'occupe de la mise en tension de l'organisme et assure le recrutement tonique nécessaire. En même temps, le système récent, en coordination avec l'archaïque, facilite le traitement spatial des actions. Le système récent emprunte la voie lemniscale, avec une projection somatotopique. Il traite les aspects quantitatifs des flux, notamment par une évaluation spatiale des objets. Plus les représentations prennent place, plus le système récent prendra le relais, mais en conservant le système archaïque en l'arrière-fond.

3.3.2 La régulation tonique

André Bullinger évoque des mécanismes de régulation tonique qui se mettent en place au cours du développement et qui accompagnent le passage de l'organisme au corps. Il distingue la notion d'organisme de celle de corps en définissant la première comme un objet matériel, accomplissant des fonctions biologiques, et la seconde comme la représentation que le sujet se

construit de l'organisme, représentation non stable et modifiable à tout moment de la vie. La régulation tonique se fait de différentes façons : par les niveaux de vigilance, par les flux sensoriels activement suscités, par le dialogue tonique, par le milieu humain et par les représentations.

La régulation par les niveaux de vigilance implique un changement brutal de l'état tonique. À chaque état de conscience est associé un état tonique stable, le passage d'un état tonique à un autre se fait généralement sans transition. Il s'agit d'un mode de régulation par tout ou rien. A moment de la régulation tonique par les flux sensoriels, les réactions d'alerte, d'orientation et d'évaluation de la distance suscitent une mobilisation tonique. Ce type de régulation réclame un dosage constant des flux sensoriels. Si les flux s'amointrissent, la variation disparaît. Si au contraire les flux augmentent, l'état tonique échappe au contrôle.

La régulation tonique par le dialogue tonique et par le milieu humain nous intéresse tout particulièrement, car elle est en lien avec la place du thérapeute. Il s'agit d'une régulation externe à l'organisme laquelle implique un échange entre l'enfant et son entourage. Le milieu humain, les personnes de l'entourage donnent du sens aux états tonico émotionnels de l'enfant. Ainsi, les échanges physiques qui sollicitent les différents flux (vestibulaire, tactile, auditif, visuel et gravitaire) entraînent une modulation tonique perçue par l'enfant et partagée par l'adulte. Cet échange via cette modulation tonique constitue le dialogue tonico-émotionnel.

Le dialogue tonique peut être accompagné d'une verbalisation qui aide l'enfant à se représenter ce qu'il vit. L'adulte met du sens sur les variations toniques de l'enfant. Ce partage émotionnel des variations toniques de l'enfant se fait à partir du plus jeune âge et passe en partie par le langage. Ainsi, lorsqu'un thérapeute travaillant auprès d'un enfant autiste est capable de donner du sens au vécu corporel de l'enfant, il l'aide à créer ses limites corporelles, à les distinguer et surtout, il l'aide à se représenter ses expériences.

La régulation tonique peut se faire également par l'effet de représentation. La représentation présuppose une intériorisation des autres moyens de régulation tonique. À ce stade, l'enfant est capable de déployer ses propres moyens instrumentaux. Il est capable d'anticiper. La régulation tonique par la représentation permet la mise en mouvement du corps autrement que par les agrippements.

Dans tous ces domaines de régulation tonique, l'enfant autiste peut rencontrer des difficultés l'amenant à chercher des moyens de contournement. Ces conduites, quand elles prennent la forme de stéréotypies, stigmatisent souvent ces enfants. En suivant les étapes du développement postural, on peut mettre en évidence les différentes coordinations qui posent problème.

3.3.3 Le développement postural

In utero, le fœtus est sensible à divers flux sensoriels : gravitaire, sonore, tactile, olfactif et gustatif. La mise en extension du corps est la manifestation de cette sensibilité. Ce mouvement d'extension rencontre la paroi utérine, laquelle offre une résistance et amène le fœtus à retrouver une position d'enroulement. Ce dialogue entre le fœtus et la matrice occupe une place importante dès le troisième mois de grossesse. Il permet que se constitue un appui, un arrière-fond indispensable à toute action instrumentale. Des circonstances variées, relevant de la cavité utérine ou du fœtus, peuvent limiter ce dialogue.

Du point de vue sensorimoteur, la naissance entraîne la perte de cet arrière-fond. Avec elle apparaît la nécessité de respirer, de s'alimenter, de réguler sa température et de se mettre en forme en luttant contre les forces de la pesanteur. Les premières actions instrumentales du nouveau-né consistent à manifester des capacités de redressement vis-à-vis des forces de la pesanteur. Ces mobilisations toniques amènent le bébé à retrouver, dans le développement normal, des postures asymétriques du type ATNP

(*asymmetric tonic neck posture*), qui constituent ce que Bullinger appelle un «creuset postural». Ce creuset postural permet une mise en forme du corps, à partir de laquelle des actions spatialement orientées peuvent s'engager. Les mouvements de rotation de la tête à droite et à gauche entraînent des sensations vestibulaires importantes. Nous pouvons observer ces mouvements lorsque le bébé est couché sur le dos. La capacité d'orientation face à la gravité suppose une coordination entre les signaux vestibulaires de l'oreille interne et les signaux tactiles liés au contact et à la pression du corps sur la surface d'appui. *In utero*, seuls les signaux vestibulaires de l'oreille interne sont présents. Les masses musculaires et le squelette, portés par le liquide amniotique, ne ressentent pas la pesanteur.

La vie aérienne suppose de nouvelles coordinations entre les signaux vestibulaires, les effets de la masse corporelle dans le milieu aérien et les surfaces d'appui du corps. Dès le début de sa vie, cette coordination semble difficile pour l'enfant à risque autistique.

3.3.4 La construction des relations spatiales

Pour André Bullinger, l'espace est le résultat d'une coordination entre différentes composantes sensorimotrices. Ainsi, il n'y a pas un seul espace, mais des espaces dominés par des moyens sensorimoteurs qui les font exister, à savoir l'espace oral, l'espace du buste, l'espace de préhension, l'espace du corps et l'espace de la pesanteur.

1. L'ESPACE ORAL

A la naissance, l'alimentation se met en place de façon très fractionnée dans le temps. La survie de l'enfant en dépend. Le bébé, une fois porté près du sein, s'oriente sur base olfactive et tactile pour trouver le mamelon. Se produit alors la conduite de capture ; un mouvement de la tête vers le sein associé à une ouverture de la bouche. Au moment du contact, la bouche se

referme sur le mamelon et les mécanismes d'exploration et de succion peuvent s'engager. Pour réaliser cette conduite, une série d'appuis corporels sont indispensables. C'est la personne qui porte l'enfant qui doit assurer le soutien et l'enroulement nécessaires à la succion et à la déglutition, accompagnés du « holding » dont parle Winnicott. Un défaut dans la mise en place de ces appuis peut entraîner des conduites d'agrippement nuisant au bon déroulement de l'alimentation. Commence alors une spirale négative qui désorganise les interactions entre le nourrisson et son entourage. L'hyperextension peut apparaître chez le bébé à risque autistique, l'empêchant de retrouver les appuis nécessaires pour interagir avec le milieu.

La respiration est une alternance de mouvements d'inspiration et d'expiration ; lors de l'inspiration, la tenue posturale du buste est appelée «tonus pneumatique ». Ce dernier se substitue au recrutement tonique au début du développement, Cette conduite, si elle n'est pas relayée par l'équilibre tonique de la musculature du buste, devient source de désorganisation. Nous observons chez certains autistes le recours au tonus pneumatique pour maintenir le redressement de l'axe corporel.

2. L'ESPACE DU BUSTE

L'équilibre tonico-postural du buste est normalement constitué par la coordination de la musculature du dos, qui assure l'extension, et de la musculature du plan antérieur, qui assure l'enroulement du buste. À la naissance, la musculature d'extension domine. La musculature d'enroulement se constitue progressivement, venant relayer le milieu humain qui assurait les fonctions d'appui et d'enroulement. Cet équilibre entre plan antérieur et postérieur donne de l'« épaisseur » au buste et assure l'arrière-fond pour permettre l'exploration visuelle. En effet, si l'arrière-fond est assuré, le bébé peut alors engager son regard dans une activité d'exploration. Une fois constitué, l'espace du buste permettra le contrôle de la tête, ainsi qu'une

activité d'exploration du système visuel, et relaiera le tonus pneumatique. La recherche d'arrière-fond est l'une des grandes constantes du développement postural. On retrouvera cette nécessité d'appui à toutes les étapes du développement. Ces coordinations sont très fragiles. L'enfant autiste présente très souvent des difficultés dans ce domaine.

3. L'ESPACE DE PREHENSION

L'espace de préhension se constitue lorsque l'enfant est capable de regarder ses mains et de les porter à la bouche. L'espace de préhension comprend l'espace oral. Grâce aux bras, les objets manipulés peuvent arriver à la bouche et l'espace oral sert ainsi de relais entre les côtés gauche et droit du corps. Les coordinations entre les hémicorps gauche et droit constituent l'axe corporel et l'espace de préhension. Les rotations du buste affirment la capacité à se redresser et régulent la coopération bimanuelle. L'enfant autiste se trouve en difficulté pour gérer ces différentes coordinations. Les fragilités de l'espace oral et de l'exploration visuelle rendent difficile la constitution de coordinations liées à l'espace du buste. Les agrippements par les mains et la prise simultanée de deux objets semblables suppléent aux coordinations défaillantes, mais ces conduites limitent drastiquement les possibilités instrumentales. Nous sommes alors face au clivage vertical décrit par G. Haag. Cette dernière l'explique en parlant de l'une de ses patientes : « la fillette devait sans cesse, pour faire la moindre chose, être à côté, très collée, comme en confusion d'une moitié de son corps avec une moitié du mien¹⁴⁹ ». Les deux moitiés du corps sont perçues comme deux entités à part, et non comme faisant partie d'un tout.

4. L' ESPACE DU CORPS

149 Haag, G. (2018). Le moi corporel : Clinique de l'autisme . Presses Universitaires de France. P. 55

Le passage de l'organisme au corps implique une coordination entre le haut et le bas du corps. Lors de la marche, les rôles du pied porteur et du pied explorateur se coordonnent et alternent pour assurer le déroulement du pas. Au niveau du bassin, l'articulation de la jambe devient moins laxo, plus ferme. Le contrôle sphinctérien peut se mettre en place. À ce moment apparaissent aussi des conduites d'opposition et des colères orientées. Nous parlons de clivage horizontal (Haag) lorsque la mise en place de ces coordinations se complique, lorsque le haut et le bas du corps sont dissociés dans la représentation du corps de l'enfant.

5. ESPACE DE LA PESANTEUR

À la naissance, le bébé doit faire face à la pesanteur. Il ne dispose plus du soutien de la paroi utérine qui l'aidait à se recentrer dans une posture d'enroulement. Il doit maintenant lutter contre cette force par le mouvement, afin de ne pas se laisser écraser par elle. L'espace de la pesanteur correspond à la coordination que le sujet établit d'une part entre les forces gravitaires et les accélérations présentes lors des mouvements et, d'autre part, les sensibilités profonde et tactile. « La construction de l'espace de la pesanteur est le soubassement indispensable pour stabiliser l'organisme dans ses mises en forme posturales¹⁵⁰ ». C'est l'investissement de l'espace de la pesanteur qui permettra les enchaînements corporels nécessaires au redressement, à la station assise, à la station debout et à la marche.

3.3.5 Les difficultés de régulation tonique chez les enfants autistes au cours du développement sensorimoteur

Les modes de fonctionnement des conduites autistiques observables dans la période sensorimotrice tiennent en partie à une modification de

150 Bullinger, A.. (2015.) Quelques réflexions sur l'espace de pesanteur. ERES. P. 34

l'usage des flux sensoriels. Au lieu d'opérer des coordinations qui permettraient des conduites spatialement orientées, les signaux issus de flux sensoriels suscités par des mouvements répétitifs créent une diffusion tonique qui mobilise tout l'organisme. Cette mobilisation tonique sert à l'enfant autiste à se représenter les limites de son organisme. On parle d'une représentation corporelle dans l'action. Cette représentation s'avère très instable en dehors des sensations créées. Cette forme élémentaire du ressenti corporel semble être, chez l'enfant autiste, le moyen principal pour lui d'« être au monde », limitant ainsi les possibilités d'échanges avec son milieu : « quand l'enfant est très intéressé par son entourage, il focalise entièrement son attention au point d'en perdre son sentiment d'exister. Afin qu'il maintienne un sentiment de coexistence avec son entourage, l'enfant peut déclencher par réflexe un entretien de mouvement dans son corps comme l'agitation des mains près de son visage ou un balancement, un auto-contact, une stéréotypie, des sons ou un grognement, selon son expression singulière¹⁵¹ ».

Une autre composante importante dans la construction corporelle de l'autisme est la difficulté de représentation. L'enfant peut par exemple attraper dans chaque main un même objet et réaliser des mouvements synchrones. Il fait ainsi agir la coordination gauche-droite qu'il n'arrive pas à intérioriser. À d'autres moments, pour réaliser une action, l'enfant a besoin d'un arrière-fond matérialisé par un mur, un contenant (une toupie ou une bouée, par exemple) ou par une personne, avant d'être en mesure de se représenter et d'intégrer cet arrière-fond.

Les situations d'agrippement (oral, visuel, manuel) et de collage à l'adulte sont très présentes dans l'autisme. Les enfants autistes ont une façon de se tenir debout qui ne tient pas compte du fait que la structure osseuse associée à la mobilisation tonique de la masse musculaire puisse tenir le corps érigé. L'enfant peut physiologiquement se tenir debout, mais il ne se

151 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(1), 45-66. P. 62

sent pas capable de le faire. C'est pourquoi il peut chercher à maximiser la surface de contact avec le sol pour rechercher le contact avec des surfaces froides, et ainsi solliciter le système tactile archaïque. Pour que de telles sensations soient maximales, le tonus doit être très bas, afin que la plus grande surface de la peau soit en contact. Cette recherche active donne l'impression que l'enfant n'est rassemblé que par une « tension de surface » comparable à celle d'une goutte de mercure glissant sur le sol. Il sera alors intéressant de proposer à l'enfant la délimitation d'une surface, la matérialisation d'un « territoire » qui lui sera propre et qui sera respecté par les personnes autour de lui. L'enfant sera pourra de cette façon acquérir une stabilité tonique qui contraste avec ce qui se passe en dehors de cette surface. L'enfant peut trouver les étayages qui lui permettent de se tenir sans s'agripper. Le recrutement tonique donne de l'épaisseur, créant une masse corporelle ressentie comme un volume et un lieu que l'enfant peut habiter. C'est la variation tonique qui donnera des limites corporelles, lesquelles se distingueront progressivement du support contenant.

La découverte de la masse corporelle par l'enfant pose la question de la face interne et de la face externe de l'enveloppe corporelle. La face interne est constituée par les variations toniques et la face externe par les signaux tactiles issus des interactions avec le milieu. C'est l'équilibre de ces deux composantes qui crée l'enveloppe corporelle. C'est ce que D. Anzieu a théorisé en psychanalyse en termes de « double feuillet ». Lorsque la construction de l'enveloppe corporelle connaît des aléas, on observe des conduites qui maximisent l'une ou l'autre des composantes de l'enveloppe corporelle. Si la face interne est privilégiée, tous les muscles sont contractés, l'enfant s'enferme dans une carapace musculaire qui le tient. Ces enfants n'ont pas d'adaptation tonique lors de contacts corporels et paraissent très lourds. Le tonus des gestes est mal ajusté, la respiration est souvent courte et haletante. L'autre solution est de surinvestir la face externe de l'enveloppe. L'enfant est très laxé, il recherche les contacts superficiels avec des textures variées. Cette recherche de sensations tactiles archaïques a pour

effet de rendre perceptibles les limites corporelles qui n'arrivent pas à se stabiliser. Ces enfants sont très fluides, leurs mains et leurs doigts paraissent longs et fuselés. D'après Bullinger, ils sont généralement mutiques.

Les aspects expressifs peuvent émerger lorsque la masse corporelle est reconnue et contenue. Les regards et les tentatives de contact, d'accordage tonique avec autrui dépassent le «collé à». La modulation tonique suscitée par ce dialogue dépasse les variations produites antérieurement. C'est une nouvelle source de modulation tonique qui donnera au tonus sa dimension émotionnelle. La modulation tonico émotionnelle confortera les frontières corporelles et les propriétés de l'espace interpersonnel. C'est dans la relation à l'autre que l'enfant autiste réussira à se construire et à se représenter son corps.

Nous soulignons l'idée que l'une des grandes difficultés de l'autisme, à la lumière de la vision de Bullinger, est celle de la représentation du corps en dehors de l'action. De la même façon que l'enfant a besoin de bouger son corps pour sentir ses limites et se sentir exister, il a besoin des énoncés écholaliques pour pouvoir être au monde avec l'autre et le sentir en permanence. Tant que l'enfant répète, il se sent exister. Ainsi, l'un des rôles que nous pouvons attribuer à l'écholalie est d'être un appel à l'autre pour arriver à se représenter, à y mettre du sens. « La stéréotypie tente de maîtriser des sensations rendues non représentables par manque de lien avec le perceptif. Tant que ce lien n'est pas stabilisé, tant que la sensation ne peut s'associer durablement à la perception, elle demeure dans un en-deçà de la représentation et de l'affect. Et la seule manière de la maîtriser est de la répéter¹⁵² ».

3.3.6 L'apport des travaux d'André Bullinger à la question des écholalies : de deux observations cliniques

152Danon-Boileau, L. (2002). Des enfants sans langage : De la dysphasie à l'autisme. Odile Jacob. P 261

de discuter l'apport de ces notions élaborées par Bullinger pour mieux penser la question des écholalies, nous présenterons et discuterons les notes de dossiers cliniques concernant la façon dont le langage et la communication de deux enfants, Kevin et Nils, ont été perçus par les différents intervenants. Nous présenterons quelques éléments du bilan orthophonique pour parler de leur langage oral et écrit. Leurs manifestations écholaliques seront étudiées à la lumière de la notion de régulation tonico-émotionnelle décrite par Bullinger.

Bilan orthophonique de Kevin en 2019

Les épreuves proposées à Kevin sont issues de l'EDA¹⁵³ et de la BELO¹⁵⁴, ainsi que d'une épreuve non étalonnée d'association d'images.

Kevin présente un contact de meilleure qualité que lors du bilan précédent (écoute, tour de rôle, complicité, acceptation des changements et emprise assouplie). Il revient plus aisément dans l'échange et profite mieux des étayages (encouragements, pauses, répétition, langage épuré pour éviter toute saturation). Les dialogues avec médiation sont à favoriser. Concernant ses capacités de concentration, sa disponibilité fluctue (écholalies fréquentes) et une fatigabilité persiste.

1. Langage oral

Discours spontané et compréhension conversationnelle : Kevin se montre plus spontané et présente un discours légèrement plus élaboré que lors du précédent bilan (variété du lexique et des tournures de phrase). L'intelligibilité est altérée par des déformations phonétiques

153 La batterie EDA (Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages) est un ensemble cohérent et paramétrable de tests et d'examens qui, de la maternelle à la fin du primaire, mesure la qualité des fonctions cognitives et des apprentissages de l'enfant. <https://eda.orthoedition.com/index.php>

154 Test étalonné d'évaluation des troubles de la lecture et de l'orthographe chez l'enfant.

<https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782914513968-belo-batterie-d-evaluation-de-lecture-et-d-orthographe-cp-cc1>

(désonorisations, schlintement¹⁵⁵), ce que Kevin cherche parfois à contourner en pointant ou en répétant. Il utilise désormais correctement les pronoms je/tu, qui ne sont plus confondus, mais utilise encore préférentiellement « on ». Il existe encore des écholalies, dont la fréquence d'apparition varie d'une séance à l'autre. Le niveau d'élaboration, simple, du discours continue de nécessiter un étayage (rapport au contexte et à l'immédiat, questions semi-ouvertes et fermées) pour que l'interlocuteur comprenne le message de Kevin. La compréhension conversationnelle est également meilleure, du fait d'une amélioration des connaissances syntaxiques et de la capacité de Kevin à être en relation avec l'autre. Toutefois, il est encore nécessaire d'adapter notre discours (répétition, demande d'accusé réception, longueur des phrases, éviction de l'implicite, segmentation des consignes).

Lexique : En dénomination et désignation d'images, on constate que Kevin possède des connaissances lexicales meilleures que celles observées en spontané. Il présente à la fois des difficultés à traiter précisément la structure phonologique et le sens des mots (exemples : confond nid/niche et pédale/roue), et une stratégie compensatoire par des conduites d'approche phonologiques et sémantiques. D'autre part, les termes appartenant au champ lexical de la topologie demeurent méconnus (exemple : confond dans/derrière/dessous).

Syntaxe : En compréhension et en expression, Kevin possède un panel plus large de structures de phrases sujet-verbe-objet, de liens logiques de base (exemples : parce que, négation) et de pronoms interrogatifs (qui, quoi, pourquoi, où, etc.). Il n'accède pas encore aux transformations morphologiques internes aux mots liées au genre, au nombre et au temps.

2. Langage écrit

155 Un côté de la langue et la pointe de la langue viennent se coller au palais. Un « couloir d'air » se forme ainsi de l'autre côté de la bouche, laissant passer trop de salive. Ce sigmatisme touche les sons S/Z/CH/J.
<https://orthophonie.ooreka.fr/astuce/voir/540567/troubles-d-articulation>

Lecture : Kevin accède désormais à la combinatoire, ce qui lui permet de déchiffrer de petites phrases et de les comprendre avec de l'aide (support visuel, relecture). Il a acquis ces dernières années un nombre important de graphèmes. Ces connaissances ne sont pas encore exhaustives et ne permettent pas une lecture fonctionnelle. Toutefois, Kevin investit beaucoup cet apprentissage, qui structure son langage oral et sa pensée (voir épreuves complémentaires : tri d'images).

Transcription : Il peut écrire, avec de l'aide pour compenser les confusions phonologiques. Il écrit uniquement avec un clavier, pouvant être envisagé à terme comme support à la communication grâce à l'évolution des outils numériques, plus transportables à l'heure actuelle.

3. Épreuves complémentaires au bilan orthophonique de Kevin.

Niveau de représentation visuelle : Kevin accède aux différents types d'imagerie 2D (photo, image, dessin, pictogramme, écrit), sauf aux pictogrammes peu iconiques. Il peut trier les images, les associer par unité de sens avec de l'aide (répétition de la consigne « qu'est-ce que tu vois ? » pour soutenir sa focalisation visuelle, présentation de deux catégories à comparer maximum). Cela le situe entre le niveau 2 et 3 sur 4, respectivement nommé stades « présentatif » (association objet/image) et « représentatif » (tri de cartes) selon Verpoorten. D'autre part, il se réfère préférentiellement à l'écrit pour opérer son tri.

Habiletés sociales : Comme il a été évoqué précédemment, l'amélioration de la qualité de son contact et de l'utilisation de certains éléments de langage indique chez Kevin une amélioration de ses habiletés sociales. Voici les observations tirées des séances de rééducation : les tours de rôle dans les jeux, les activités, le dialogue sont la plupart du temps respectés. Les coutumes de salutations sont acquises. On rappelle également que Kevin accède ponctuellement à un certain humour. En revanche, le travail autour de saynètes photographiées n'a pas permis d'améliorer son

accès à la théorie de l'esprit, ce type de supports demeurant trop abstrait pour Kevin.

Kevin n'atteint pas le niveau de sa classe d'âge, y compris pour l'autonomie dans la communication (langage et lecture-écriture fonctionnels). Toutefois, nous reportons à ses capacités antérieures, il a évolué sur le plan du langage oral (spontanéité, syntaxe, lexique) et surtout de l'écrit (intérêt pour les activités pédagogiques, acquisition de la combinatoire, transcription sur l'ordinateur) et montre encore des capacités d'apprentissage. Cela suggère qu'il est nécessaire de continuer à étayer ses capacités cognitives. Par ailleurs, l'usage de moyens de communication augmentée via l'écrit et les images est à envisager, ce qui pourrait soutenir les apprentissages. Concernant les habiletés sociales, la nécessité d'un travail en groupe persiste. Il offrirait en effet à Kevin des occasions de progresser, en situation réelle, sur la compréhension des interactions sociales, le travail à partir de photos ou de scénettes demeurant trop abstrait pour lui. La remédiation orthophonique doit être poursuivie.

4. Réunion avec l'école de Kevin en 2019

Lors de cette réunion il a été noté que la communication verbale s'est très légèrement améliorée. Kevin peut exprimer ses envies et ses besoins. L'écholalie est très importante et l'enseignante lui demande de reformuler les propos en disant plutôt «je vais chercher...», mais c'est un peu forcé et cela ne lui vient pas naturellement. À présent, il crée des liens avec ses camarades et joue à chat durant la récréation. Il peut prêter son tube de colle et aussi demander de l'aide à un camarade. Il ne se laisse pas faire par les autres, et il sait mettre des limites. Kevin a un rapport complexe avec son corps. Pourtant le contact physique est maintenant accepté par lui et il peut contrôler sa force pour ne pas faire mal à l'autre et rester dans le jeu. Il a commencé à faire du théâtre et cette activité l'aide à se lier aux autres. Il adhère aux jeux d'expression, d'imitation avec une certaine liberté. Ses

déplacements dans l'espace sont plus aisés. Il accepte maintenant le contact tactile.

Ces observations cliniques, venant d'autres personnes qui prodiguent des soins à l'enfant, nous permettent de percevoir la façon dont il a évolué. Nous n'oublions pas que nombre de difficultés persistent, mais il nous semble primordial d'insister sur le fait que le langage de Kevin a pu utiliser son langage pour communiquer, lorsqu'il a pu accéder à l'intersubjectivité avec les personnes de son entourage, il a également pu accepter d'être touché par l'autre, comme si le langage était tout à la fois une fenêtre, un moyen de se manifester à l'autre, de se faire comprendre, et un espace d'accès à autrui par le truchement du contact physique. À partir du moment où il se sent entendu, compris par l'autre, Kevin se laisse approcher par autrui et s'autorise également à aller vers lui.

Les tours de rôle présents dans l'échange linguistique et relationnel sont acquis lors des jeux d'enfant très simples, comme faire des passes avec un ballon. L'alternance à toi/à moi, préparant le dialogue interpersonnel, est l'une des règles principales de l'utilisation d'une langue. L'échange se fait dans un continuum par tours de parole qui ne peuvent se superposer, sous peine de perturber le message. Dans la description qu'il fait des enfants étudiés, Kanner parle de Charles et de la façon dont celui produisait principalement des phrases impératives. Notons qu'en ce qui concerne Kevin, l'impératif est un mode de conjugaison utilisé pour exprimer une demande, pour formuler un conseil, pour exprimer un souhait, et surtout pour exprimer un ordre et une défense. Les enfants autistes entendent beaucoup parler sur le mode impératif. C'est la façon la plus facile et directe de faire réagir l'environnement et ce sont également les énoncés qu'ils ont tendance à répéter le plus, comme c'est le cas dans la deixis proto-impérative (pointage), qui apparaît plus facilement chez les enfants autistes que la protodéclarative, dans lequel le désir de partage émotionnel est plus net.

L'autisme implique une saturation sensorielle et émotionnelle, ainsi qu'une saturation dans le contre-transfert. Elle se produit du fait d'une

incapacité à filtrer, à sélectionner les informations sensorielles pertinentes : toutes ces informations sont à traiter en même temps, sans que l'enfant y parvienne. L'enfant autiste se démantèle (Meltzer, 1975), c'est-à-dire qu'il ne peut plus utiliser tous ses sens en même temps. On peut également assister à un évitement de la relation. Évitement et démantèlement peuvent se cumuler. Lorsqu'il y a démantèlement, il y a perte de liaison. Le social (appelé « milieu humain » par Bullinger) peut constituer une aide efficace pour éviter d'en arriver à un seuil de saturation, en tant qu'il sert normalement de régulateur.

Les enfants autistes qui font très peu appel au social ou au milieu humain pour la régulation de leur état émotionnel ont recours aux réflexes toniques. Ces derniers visent à retrouver le sentiment d'exister. Parmi les réflexes toniques, certaines stéréotypies créent des sensations qui sont des stratégies inconscientes de régulation au quotidien. Chaque enfant trouve sa façon particulière de se réguler, à l'aide par exemple de stimulations sensorielles telles que l'auto contact, l'utilisation des sons graves qui vibrent ou encore les chantonnements. Certaines écholalies ont également cette fonction de régulation. Ce sont des stratégies qui échappent à la conscience, tant qu'elles ne sont pas partagées ni représentées.

Dans un cadre thérapeutique, la transmodalité sensorielle facilite le processus de représentation. L'effet de représentation n'est possible qu'en modalité sensorielle, ou par transmodalité sensorielle, ou dès que des variations sont possibles et en partage émotionnel avec quelqu'un d'autre. La transmodalité est la possibilité de passage d'un sens à un autre. Par exemple, une expérience tactile peut être traduite par le thérapeute en expérience sonore dans un partage émotionnel. De ces petits écarts naît la possibilité de se différencier et de se représenter. Le milieu humain, par le biais du partage émotionnel, amène aussi à la représentation.

La plupart des enfants autistes restent dans la sensorialité et dans l'absence de représentations, ce qui ne facilite pas le partage émotionnel, ni la relance du lien.

Observations autour de Nils.

Nils est né en 2015 par césarienne en raison d'une éclampsie. Il a passé deux mois en unité de néonatalogie dans trois hôpitaux différents. Depuis sa naissance, il a subi des soins médicaux assez invasifs. Il présente une anémie chronique suite à un déficit de l'enzyme G6DP. Il a souffert eu et souffre encore de nombreuses maladies de la sphère ORL et respiratoires. De ce fait, les parents se représentent leur enfant comme très fragile et ayant besoin d'être surprotégé et surtout médicalisé en permanence. Ils craignent que leur enfant soit très malade. Chez Nils, deux des trois piliers de l'équilibre sensori-tonique sont défailants. Selon Bullinger il s'agit du milieu physique, du milieu biologique et du milieu humain. Le milieu biologique de Nils est fragilisé, car son équipement biologique n'est pas tout à fait intègre. Le milieu humain est surprotecteur et lui envoie une image de fragilité. De plus, le milieu physique, de par les soins médicaux invasifs reçus, n'a pas été cohérent au cours des premiers mois de vie de Nils.

Voyons à continuation des éléments du bilan Sensorimoteur André Bullinger de Nils réalisé en 2018.

1. Conduites motrices de base

Nils marche seul. Son polygone de sustentation est encore très large. Il peut attraper avec ses mains le ballon qu'on lui lance. Il est capable de réaliser des encastremements. Les praxies buccales sont bonnes. Nils a de bonnes capacités d'imitation. Il s'intéresse aux bulles de savon, est capable de les suivre et de les pointer. Un bon moment d'échange s'organise autour des bulles. Il peut passer très vite d'une activité à l'autre.

2. Modalité visuelle

Nils s'intéresse tout de suite à la tache lumineuse produite par le laser. Il la suit et essaie de l'attraper ; il détecte tout de suite sa source. Il vocalise pour obtenir le pointeur laser. La coordination oculomanuelle est présente et

de bonne qualité ; il est capable de suivre des yeux la balle volante et l'attraper.

3. Modalité vestibulaire

Nils commence par explorer tactilement le plancher (tapotements) et par le faire bouger avant de vouloir y monter. Il prend l'une des balles de tennis et la lance sur le plancher. Lorsque j'incline le plancher pour en faire un toboggan à balles, il manifeste des débordements tonico émotionnels (des *flappings*), associés à des productions vocales. La régulation tonique de Nils fonctionne par tout ou rien. Un peu plus tard, il accepte de s'asseoir sur le plancher instable. Il apprécie les redondances sensorielles provoquées par les tapotements sur le plancher, ce qui l'aide à organiser sa posture. Il peut à son tour tapoter le plancher. Pour l'instant, il se représente son corps dans l'action. Être debout en équilibre sur le plancher instable n'est possible que si l'enfant tient les mains de l'adulte. Assis, il s'organise autour de la chanson « bateau sur l'eau » chantée par l'adulte, puis revient à l'équilibre debout et gère mieux les variations provoquées par le plancher en bois.

4. Modalité auditive

Lorsqu'il entend le bip, Nils met beaucoup de temps à s'orienter vers la source sonore. Il lui est plus facile de gérer un seul flux sensoriel à la fois. Les réactions de Nils aux flux auditifs ont été hétérogènes au début de la prise en charge ; lors de la passation du bilan, le flux auditif des bips n'a pas provoqué les réactions d'alerte et d'orientation. Il lui a été difficile de former des habitudes à ce flux. Pourtant, la fonction sensorielle n'est pas mise en cause, car l'audition a été vérifiée par un ORL. La reproduction vocale à l'aide des micros à écho révèle l'intérêt de Nils pour les sons et pour l'échange. La déformation de l'espace acoustique amène Nils à une production vocalique intéressante : il propose des variations dans l'intensité des sons produits.

5. Modalité tactile

Nils prend le feutre avec sa main droite et essaie de reproduire le cercle que nous lui montrons. Il cherche à placer le capuchon, du feutre et met en œuvre, pour ce faire, une coopération bimanuelle performante. Nils peut avoir peur d'être touché. Il souffre d'une hypersensibilité tactile, très certainement liée aux soins médicaux fréquents (passages aux urgences, inhalateurs, piqûres) dont il a été l'objet. Il effleure à peine la balle à fils s'en désintéresse rapidement, tout comme avec balle en peluche. Les balles plus dures l'intéressent davantage : il les jette et va les chercher. Il s'intéresse aux boutons ; d'abord, il les manipule et porte une attention particulière au bruit qu'ils produisent en tombant sur le plancher. Ce bruit lui permet de s'orienter vers la source et d'adapter la mise en forme du corps pour les attraper. Il y a d'avantage des vocalises à ce moment. Nils accepte de se mettre debout sur les boutons et tolère le contact d'eux avec sa peau à l'intérieur de ses habits. Il enlève les boutons placés entre les orteils, puis s'amuse à les lancer par terre. Il accepte ensuite de marcher sur les boutons, non sans manifester quelques défenses tactiles, puis s'amuse à les jeter par terre. Il accepte ensuite de marcher sur les boutons, et par imitation se met des boutons sur la tête. Après plus de vingt minutes d'exploration, Nils jette la boîte de boutons. Une conduite d'habituación à la manipulation des boutons a été observée.

6. Les appuis et la mise en forme du corps

Nils s'investit mieux dans une tâche lorsqu'il est assis sur mes jambes ou lorsque je suis à côté de lui. Il a besoin d'un arrière-fond et d'une contenance sécurisante. Il est difficile pour Nils de trouver seul les bons appuis sans désorganiser sa posture et l'activité qu'il est en train de réaliser. Au niveau de l'organisation antigravitaire, Nils a une certaine difficulté à trouver l'enroulement, lui préférant l'hyperextension avec les bras en chandelier.

Après quelques mois de traitement, nous observons des changements dans les fonctionnements, c'est-à-dire, selon Bullinger, dans les «interactions

matérielles que l'organisme entretient avec son milieu ». Nous supposons que les activités se sont transformées dans son psychisme. La façon dont Nils s'approprie son organisme et les objets de son milieu a changé. Il est passé de l'état d'enfant passif, maladif, qui doit subir des soins invasifs en permanence, à celui d'enfant qui fait des choses, est actif dans son développement et dans l'interaction avec le monde. La prise en charge pluridisciplinaire dont bénéficie cet enfant a été fructueuse. Dès qu'il s'est senti compris, pris en compte par le milieu humain et entendu dans sa façon de communiquer, ses colères se sont apaisées. Les représentations des parents ont commencé à changer également, laissant plus de place à l'expérimentation, et cherchant moins la performance de l'enfant.

Nils a pu extraire des invariants à partir des régularités produites dans l'interaction avec son milieu, comme sur le plancher ou dans le hamac. Les balles molles qui étaient une source d'irritabilité peuvent maintenant être investies. Il a trouvé des repères dans la salle de psychomotricité et dans les activités qu'il y réalise. Lors de la passation du bilan, Nils se situait au premier niveau des objets de connaissance, correspondant aux interactions entre l'organisme et son milieu. Depuis, les régularités de l'interaction ont alimenté l'activité psychique pour lui permettre la formation d'habituations et lui ouvrir un chemin vers la représentation. Nils est maintenant parvenu à dépasser le deuxième niveau, qui correspond à la possibilité de faire le lien entre diverses boucles sensorimotrices ce qui permet l'anticipation. Pour ce faire il lui a été nécessaire de passer par les schémas moteurs du tout petit.

Voici un bel exemple du changement du fonctionnement (et de l'activité) de cet enfant qui signe le passage au troisième niveau des objets de connaissance, dans lequel les représentations se stabilisent autour de l'organisme, des objets et de l'espace qui les contient. Alors que Nils se cache dans le hamac et que nous le balançons, nous lui demandons : « il est où, Nils ? » et il nous répond : « Je suis là ». Et en effet, depuis quelque temps Nils est là, dans un échange de plus en plus ouvert et utilisant le langage. Il peut avoir une représentation de lui-même et d'autrui. Ainsi, l'équilibre

sensori-tonique de Nils est-il en train de s'élargir. La fonction proprioceptive de se construit. Nils est en train de faire de son organisme un corps, même si le chemin à parcourir est encore très long et semé d'embouches.

Le langage et la régulation tonico-émotionnelle sont liés. Nous l'observons déjà chez l'enfant tout-venant ayant des difficultés de réalisation motrice ou dans un contexte de stress : la tonicité de l'enfant change et nous observons des gestes parasites, car il ne peut pas penser, symboliser, ou dire ce qui lui arrive. La voix est également liée aux gestes et au vécu tonico émotionnel.

Nous avons remarqué que parfois, au moment même de l'apparition des énoncés écholaliques, des mouvements de *flapping* (balancement frénétique des mains) se manifestent chez ces enfants. Cette décharge tonique n'est pas sans évoquer l'homunculus de Penfield : dans cette description topologique du système nerveux, les mains et la bouche sont en effet représentées comme les plus riches en connexions neuronales. L'écholalie serait l'équivalent, au niveau du langage, de ce débordement tonico-émotionnel, de ce trop-plein qui ne peut s'exprimer que par une compulsion de répétition, parfois stéréotypique.

Du point de vue de Geneviève Haag, les stéréotypies sont une défense contre les angoisses. Généralement, il s'agit d'angoisses corporelles intimement liées avec la construction de l'image du corps au sens du moi corporel. Les angoisses de chute et de liquéfaction sont en rapport avec la non-construction d'un premier sentiment d'enveloppe. Il est important ici de souligner que Haag parle du sentiment d'enveloppe et non pas de l'enveloppe elle-même. Les stéréotypies, en lien avec l'angoisse de chute, sont : l'autostimulation sensorielle, auditive, les mouvements rythmés incessants, les tournoiements, ou encore la tenue en équilibre sur des rebords d'architecture. En se procurant ces sensations l'enfant tente de les maîtriser et se donne le sentiment continue d'exister. Les angoisses de liquéfaction ou de dissolution s'expriment par des effondrements l'hypotoniques. Le ressenti pourrait être décrit comme la sensation d'être

étalé à l'image d'une flaque d'eau ou d'être liquéfié, emporté dans un courant, de disparaître comme un morceau de sucre qui fond. C'est ce que Winnicott a développé dans son ouvrage sur la crainte de l'effondrement. Haag évoque alors Tustin : «une des réactions à la menace de chute, c'est d'essayer d'agripper quelque chose ¹⁵⁶». Un autre type d'angoisse est l'amputation de zones corporelles de contact (notamment la bouche, parfois les mains et les pieds), ainsi que les sensations de peau arrachée : la bouche, en tant que zone corporelle de contact concerne « le museau »,c'est-à-dire la zone de contact lors du nourrissage, en lien avec la prise de conscience prématurée de la sensation corporelle. Selon Winnicott tout se passe comme si cette zone corporelle « partait avec la mère ». Le claquement de dents correspond quant à lui à la recherche d'une sensation dure, ou encore d'une vibration osseuse. Ces sensations sont surtout présentes lors de la démutisation, quand la bouche apparaît et disparaît, quand elle est en train de se restaurer et que l'enfant autiste commence à parler.

Lorsque Nils a commencé à parler, l'une des phrases qu'il répétait fréquemment était : «je suis coincé». Lorsqu'il n'arrivait pas à faire quelque chose, il disait : «je suis coincé». Un jour, nous avons proposé à Nils un parcours psychomoteur. Au milieu du parcours, les modules en mousse formaient un petit tunnel permettant le passage aisé de l'enfant. Nils s'arrêtait au milieu du tunnel en criant : « je suis coincé ». Cet énoncé était certainement utilisé par Nils pour appeler l'autre lorsqu'il se sentait impuissant, et aussi lorsqu'il avait peur et lorsqu'il était envahi par des angoisses corporelles. Nous avons proposé à Nils un accompagnement par la parole et l'indication d'appuis corporels, ce qui l'a aidé à se dégager. Nous avons ensuite fait un lien entre cet épisode et la naissance de Nils par césarienne, un accouchement difficile et une situation d'urgence. Nous avons alors installé divers parcours utilisant des tunnels et avons incité l'enfant à utiliser ses moyens corporels et l'étaiyage proposé par le milieu humain, pour parvenir à l'extrémité. Lorsqu'au bout de quelques semaines, Nils a arrêté de

156 Tustin F. (1989) Le trou noir de la psyché. Seuil. Paris. p. 143

nous demander de fabriquer des tunnels, nous en avons conclu que l'écholalie partagée avait vraiment pris du sens pour Nils. Grâce au langage et au partage du vécu corporel.

Lorsqu'un enfant présente des écholalies, l'équipe soignante peut se décourager. L'écholalie nous renvoie à la compulsion de répétition décrite par Freud et le manque de relance peut s'avérer ennuyeux et exaspérant. Les écholalies en tant que bruits internes peuvent être une stratégie pour ne pas écouter le ce qui vient de l'extérieur. Le thérapeute peut alors perdre sa capacité d'étonnement. Pour éviter l'ennui induit par la répétition, en apparence vide de sens, nous suggérons que le thérapeute théâtralise et mette les mots en mouvement, se laisse aller à répéter les mots amusants et jouer avec la sensorialité des sonorités. L'écholalie transmet un malaise dans la communication avec autrui, tout comme le défaut des coordinations corporelles et tonico émotionnelles. Cependant, la tâche ne s'avère pas toujours facile et il est nécessaire que, dans un premier temps, le thérapeute s'attache à mettre du sens pour deux dans l'échange. Si celui-ci se rend disponible pour accueillir l'écholalie, alors le partage émotionnel apparaîtra plus facilement, des variations spontanées et de nouvelles explorations en découleront.

3.3.7 Pouvons-nous considérer les écholalies comme un premier pas vers l'intersubjectivité ?

Comme nous l'avons vu dans le chapitre « Prémices nosographiques de notre recherche », la littérature nous montre que l'étude de l'écholalie est un passage obligé lorsqu'on parle d'autisme. Plusieurs auteurs ont décrit l'écholalie du point de vue linguistique et interactionnel, et les limites de l'écholalie dans l'échange sont souvent évoquées par les auteurs qui s'intéressent à l'autisme. Dans la pensée courante, l'écholalie s'inscrit dans un usage répétitif et stéréotypé du langage : « dans le cas 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 dit¹⁵⁷ ». L'écholalie est d'ordinaire considérée comme un refus de dialogue. Or, il faut considérer qu'elle se trouve également en lien avec le sentiment d'être des enfants autistes. « Le phénomène écholalique se caractérise par l'absence d'une identité vocale, par une voix atone, ou chantonnante, ou mal posée et parfois très aiguë. Cette absence d'identité vocale traduit le manque de sentiment identitaire¹⁵⁸. »

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 par un pair d'âge, et *l'écholalie différée*, dont la source est lointaine et parfois difficile à déterminer en amont de l'échange où intervient la reprise. Nous avons souligné que, parmi les nombreuses recherches centrées sur l'autisme, peu proposent d'aborder l'écholalie comme un levier thérapeutique pour étayer l'émergence du langage chez l'enfant autiste. Notre propos consiste à montrer que, contrairement à cette conception répandue, et à partir de l'étude de certains auteurs intéressés par la question de l'écholalie, celle-ci doit être envisagée comme une première tentative destinée à établir un échange avec l'autre.

Nous considérons que lorsqu'un enfant autiste a recours à l'écholalie dans un contexte déterminé, c'est parce qu'il a déjà entendu l'énoncé qu'il reprend de façon écholalique, mais aussi parce que quelque chose dans l'énoncé lui-même a retenu son attention et qu'il l'associe à une situation particulière. Tout se passe comme si un lien était établi par l'enfant entre le moment où l'écholalie est produite et le moment où l'énoncé initial a été produit. Toutefois, contrairement aux enfants tout-venant, l'enfant autiste n'est pas en mesure de restituer les seuls éléments de l'énoncé qui seraient pertinents. L'enfant autiste construit un « bloc écholalique » dans lequel seuls certains

157 Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir: développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Paris: Dunod. p.27

158 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(1), 45-66. p. 59

mots sont pertinents dans la situation d'emploi. C'est à ce moment que l'enfant autiste a besoin d'un étayage humain en la personne de son thérapeute. En effet, si l'énoncé écholalique est en partie lié à un phénomène de non-décontextualisation et de non re-contextualisation, ce n'est pas l'intention communicative qui est en cause, mais le savoir-faire permettant d'adapter les énoncés entendus à la situation de leur réemploi. Mottron décrit la façon dont l'enfant autiste fait son entrée dans le langage oral : « il le fait en décomposant les grandes unités mémorisées, les écholalies différées, d'abord reprises sans lien compréhensible avec le contexte pour l'entourage, puis progressivement utilisées de manière référentielle, transparente pour l'entourage¹⁵⁹ ».

La difficulté pour l'enfant autiste réside, semble-t-il, dans son incapacité à isoler certains mots de l'énoncé initial et à les organiser. C'est un peu comme si l'enfant avait à produire une brique appartenant initialement à un ensemble, mais que cette brique était restée collée à d'autres briques dont il n'arrive plus à la détacher. Quand il a besoin d'extraire un élément d'une situation, il doit donc sortir le bloc ainsi constitué dans sa totalité, alors que seule une d'entre elles serait pertinente. Chez l'enfant à développement typique, les choses se passent autrement : « Au niveau linguistique, selon l'approche cognitive et constructiviste, l'enfant apprend des mots et des constructions isolées, et ce sont ces petits bouts de langage doués de sens en contexte, qui progressivement lui permettent de se construire des grammaires successives¹⁶⁰ ».

Notre propos consiste donc à aborder l'écholalie comme le point de départ de la récupération relationnelle des enfants autistes, récupération qui passe en partie par le langage. Dans cette optique, l'écholalie ne serait pas l'aboutissement des capacités linguistiques de l'enfant autiste, mais la première marche d'un escalier que l'enfant autiste doit gravir pour parvenir

159 Mottron, L. (2016). L'intervention précoce pour enfants autistes : Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence. p. 46

160 Morgenstern, A. (2019). Le développement multimodal du langage de l'enfant : Des premiers bourgeons aux constructions multimodales. p. 27

à un certain degré de communication, d'échange et d'ajustement à l'autre satisfaisant. En effet, la description détaillée des énoncés écholaliques peut contribuer à comprendre plus finement l'émergence et le développement du langage des enfants autistes. Ainsi la présente étude consiste-t-elle à mettre en évidence, à travers différents exemples recueillis auprès d'enfants autistes, les modifications que ceux-ci peuvent apporter aux énoncés qui leur sont adressés. Nous pensons, avec Prizant et Dyer, qu'il existe différents types d'écholalies, correspondant à des intentions de communication et à de significations différentes. Pour étayer notre hypothèse, nous avons mené des analyses qualitatives fines et détaillées à partir d'un corpus de données vidéo filmées lors de consultations thérapeutiques. Cette analyse nous a permis de mettre en évidence la façon dont l'écholalie peut évoluer chez les enfants autistes.

Prizant et ses collaborateurs ont étudié les différentes fonctions de l'écholalie, et les ont présentées dans les articles que nous avons commentés au début de cette recherche, et ce notamment dans celui intitulé « Analyse des fonctions de l'écholalie différée chez les enfants autistes » (Prizant Barry M., & Rydell Patrick J. (1984). "Analysis of Functions of Delayed Echolalia in Autistic Children". *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 27(2), 183-192.). 14 fonctions de l'écholalie différée ont été identifiées ; nous souhaiterions les rappeler ici :

- 1- L'écholalie non adressée ou stimulatrice ;
- 2- L'écholalie ayant comme but l'association de situations ;
- 3- L'écholalie à visée de répétition (normalement à voix basse, comme un chuchotement) ;
- 4- L'écholalie autoadressée (elle a une fonction cognitive de régulation de certaines actions) ;
- 5- L'écholalie comme étiquetage non interactif ;
- 6- L'écholalie utilisée comme tour de parole ;

- 7- L'écholalie de complétion verbale (complétion d'une routine verbale) ;
- 8- L'écholalie comme étiquetage interactif (accompagnée de gestes démonstratifs indiquant la relation entre l'objet et l'énoncé) ;
- 9- L'écholalie informative (elle ajoute des informations nouvelles au moment de l'échange communicatif) ;
- 10-L'écholalie qui sert à appeler l'autre (elle attire l'attention de l'autre vers l'enfant et sert également à établir ou maintenir l'échange) ;
- 11-L'écholalie comme affirmation, suite à une réponse (le comportement subséquent de l'enfant indique une attitude affirmative) ;
- 12-L'écholalie utilisée pour demander quelque chose (l'enfant se concentre sur l'objet désiré et ne s'arrête pas tant qu'il ne l'a pas obtenu) ;
- 13-L'écholalie utilisée pour protester ou s'opposer (ou pour interdire à autrui de réaliser une action déterminée) ;
- 14-L'écholalie directive (son but est d'exhorter l'autre à réaliser une action, à se déplacer par exemple. Elle est plus ciblée sur une action que sur un objet).

Les écholalies des catégories 6 à 14 ont valeur d'interaction en raison de leur contexte d'apparition et par les caractéristiques non verbales qui accompagnent l'échange. L'utilisation par l'enfant autiste de ce type d'écholalies témoigne pour nous de l'existence d'une volonté d'échange avec les autres. Autrement dit, les écholalies sont un premier pas vers l'intersubjectivité. Pour pouvoir parler d'intersubjectivité dans la prise en charge des enfants autistes et pour tisser un dialogue avec eux, il est nécessaire que le thérapeute considère déjà l'enfant comme « un interlocuteur avant même qu'il puisse s'exprimer verbalement, dans l'hypothèse que ce qu'il exprime a du sens, même si celui-ci n'est pas encore

accessible de façon explicite. Ce qu'il exprime peut être considéré comme une étape dans un processus d'accès à un langage plus adapté et plus compréhensible par l'entourage¹⁶¹ ».

Morgenstern nous dit en ce qui concerne l'enfant tout-venant, que l'« éventail de conduites pertinentes évolue en fonction des réactions de son entourage, des attentes des adultes, qui progressivement vont l'amener vers les formes standard de sa culture dans laquelle la modalité verbale, dans la communauté entendante, est en général prédominante¹⁶² ». L'enfant autiste qui manifeste une émergence du langage par l'écholalie guettera lui aussi les réactions de l'entourage. Ces réactions seront au moins aussi précieuses pour lui que pour l'enfant à développement dit « normal ». Là où l'enfant tout-venant se contente d'un simple retour, l'enfant autiste aura besoin d'un étayage très solide, d'un échafaudage qui puisse le soutenir et relancer la communication. Dans la communication banale, un geste fait par les enfants est tout de suite, et ce de façon presque automatique, mis en mots par l'adulte présent à côté de l'enfant, à condition que l'adulte soit *suffisamment bon*, au sens de Winnicott. L'adulte donnera au geste de l'enfant une valeur énonciative équivalente à celle que possèdent les mots. Avec les enfants autistes, il est indispensable de considérer les gestes comme ayant une valeur communicationnelle, de les décrire en fonction du contexte pour essayer de saisir l'intention de l'enfant. Peu importe que notre interprétation ne soit pas la bonne, qu'elle ne corresponde pas à l'intention de l'enfant : le fait d'essayer de donner du sens aux gestes de l'enfant le familiarise avec les échanges conventionnels. Il s'agit d'attribuer au geste de l'enfant la valeur communicationnelle attendue.

Nous allons présenter des exemples d'énoncés écholaliques d'un même enfant autiste pour illustrer le recours à différents types d'écholalies dans une période relativement courte. Les exemples présentés font partie des

161 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 61(1), 45-66. p. 49

162 Morgenstern, A. (2019). Le développement multimodal du langage de l'enfant : Des premiers bourgeons aux constructions multimodales. 19. p. 32

séances d'entretien familial au sein d'un CMP (centre médico-pédagogique). Les entretiens durent un peu moins d'une heure.

Kevin a 4 ans au moment de l'enregistrement. Il présente un autisme moyen selon l'évaluation par les tests CARS. Son contact oculaire est inconstant, privilégiant la vision périphérique. Ses mimiques faciales sont pauvres, ses sourires non adressés, et ses productions langagières consistent en des constructions grammaticales et syntaxiques simples. Des mouvements relevant de la stéréotypie sont observés pendant la séance. L'enfant est très certainement à la recherche de sensations vestibulaires lui donnant un retour proprioceptif. Dans les deux premiers entretiens, la présence et l'autorité de sa mère donnent des repères à l'enfant. Il parvient à être en interaction avec elle.

3.3.8 Premier entretien avec Kevin

Lors de ce premier entretien, la caméra est télécommandée depuis l'extérieur de la pièce. Pour cette première consultation, la mère raconte que l'enfant, alors en petite section de maternelle, manifeste un mutisme extrafamilial depuis la rentrée en septembre (l'entretien se fait en mai). L'enseignante lui a également signalé que Kevin ne regardait pas ses interlocuteurs dans les yeux et qu'il ne dessinait pas. Kevin pouvait parfois éprouver des difficultés à entrer dans l'école. À l'inverse, la mère indique qu'à la maison, l'enfant a un comportement complètement normal et autonome.

Lors de l'entretien, l'enfant ne répond pas aux sollicitations du pédopsychiatre, mais le regarde de façon furtive. L'enfant prend des figurines qu'il donne à sa mère. Le médecin essaie de narrativiser l'échange en élaborant divers scénarios avec les figurines choisies par l'enfant. Il poursuit l'échange avec Madame et s'interroge : « je suis perplexe d'un grand garçon de 4 ans qui ne parle pas ». Kevin va alors donner au médecin l'une

des figurines représentant un enfant et une autre figurine à sa mère. Au bout de vingt minutes d'entretien, la mère est invitée à sortir. Le médecin reste seul avec l'enfant, lequel prend les figurines et s'agenouille par terre pour avoir la tête au même niveau que les personnages sur la table. Le médecin est à côté de l'enfant. Il prend des personnages dans la boîte et les décrit à l'enfant. Il arrive que Kevin s'en saisisse à son tour, mais il n'arrive pas à vraiment jouer avec le médecin. La mère est invitée à revenir quinze minutes plus tard. L'enfant s'assoit lorsque les adultes parlent et regarde le plafond en même temps qu'il balance ses pieds sur la chaise. Nous avons disposé de cinquante minutes d'enregistrement et nous n'avons relevé aucune production de la part de l'enfant, mais nous avons pu observer des manifestations de sensibilité aux dialogues tenus devant lui. Ces manifestations seront étudiées dans le chapitre suivant.

3.3.9 Deuxième entretien

L'entretien suivant est filmé quelques mois plus tard. Entretemps a eu lieu une consultation non filmée, en présence du père. Sont présents le médecin pédopsychiatre connu de l'enfant, le psychothérapeute qui sera présenté à Kevin et à sa mère, ainsi que l'assistante sociale qui manipule la caméra. Nous avons trouvé dix-neuf exemples d'énoncés écholaliques dans cet enregistrement. Notre analyse se concentrera sur les dix exemples nous paraissant être les plus représentatifs. Cette fois, la caméra est placée dans un coin de la pièce. L'enfant regarde fixement la caméra et le médecin lui demande : « tu regardes ce qu'elle fait L ? ».

Pour donner davantage de clarté à la transcription, l'énoncé écholalique est mis en gras et les éléments que l'enfant y a ajoutés sont soulignés.

1. C'est une petite caméra...

L'enfant arrive à la consultation. Il se rend compte qu'il est filmé.

Enfant : (Regarde la caméra.)

Mère : C'est une petite caméra.

Enfant : **C'est une petite caméra, c'est une petite caméra.** (Il entoure sa mère avec ses bras.) Ah ben oui, maman... maman bobo (il s'accroche au cou de sa mère).

Mère : (asseyant l'enfant sur ses genoux) : Il faut que tu descendes.

Docteur : (regardant l'enfant) : Elle te fait peur avec sa petite caméra ?

Mère : Une caméra et il y a un monsieur en plus.

Enfant : (Regarde le nouvel intervenant.)

Pour nous, l'énoncé « *c'est une petite caméra* » est une écholalie immédiate, dans le sens où l'enfant a repris sans délai l'énoncé de sa mère. Cependant, l'intervention de l'enfant ne se limite pas à la reproduction fidèle de l'énoncé, il y apporte une variation. L'utilisation de « oui » et « ben oui » (certainement des écholalies) montrent comment, après l'intervention de sa mère, l'enfant prend en compte la réalité observée. « Bah oui » peut être interprété dans le sens de « oui, maman, tu dis que c'est une petite caméra et je veux être sûr que je vois la même chose ». Nous avons déjà un élément ajouté par l'enfant qui enrichit et complexifie l'énoncé, une variation à l'intérieur de l'écholalie, même si l'élément ajouté par l'enfant ne vise pas à relancer l'interlocuteur, mais semble plutôt appartenir au registre du commentaire auto adressés, pour s'assurer qu'il voit ce dont sa mère parle. Nous pouvons également penser à un moment fugace d'attention partagée, qui favorise l'effet de représentation et d'appropriation du vécu de l'enfant. En effet, le regard de l'enfant alterne entre sa mère et la caméra, et comme nous l'avons vu, l'un des indices de l'attention conjointe est l'alternance de regard entre l'objet ou la situation en question et la personne à côté de l'enfant.

L'énoncé « Maman, maman bobo » pourrait également relever d'une écholalie, mais il s'agirait cette fois-ci d'une écholalie différée. L'enfant ne dit pas « maman bobo » parce qu'il s'est fait mal, mais parce que la situation le déstabilise et qu'il a besoin de sa mère pour se recentrer. On peut penser que Kevin se sent aussi désorganisé que s'il s'était fait mal, ce qui évoquerait pour nous l'écholalie de type 2, selon la classification de Prizant, c'est-à-dire une écholalie par association de situations. Toutefois, les mises en forme corporelles qui accompagnent l'écholalie nous incitent plutôt à penser à l'écholalie de type 14, une écholalie directive qui vise à provoquer une action chez autrui. Pour Kevin, en effet, tout se passe comme s'il voulait provoquer chez sa mère la même réaction que lorsqu'il se blesse. Le fait d'adresser l'énoncé à sa mère et d'aller s'agripper à elle semble confirmer notre hypothèse. L'enfant met en mots le fait de se sentir en difficulté face à la caméra et aux personnes qui le regardent, en même temps qu'il cherche le réconfort maternel. Pour ce faire, il a recours à un énoncé de type écholalique différé, dont la source n'est pas présente dans l'échange actuel, mais semble présente dans la mémoire sensorielle de l'enfant. Le lexique utilisé par l'enfant est, en apparence, peu adapté à la situation d'échange, mais il est porteur de sens. Nous pourrions penser que le mot « bobo » a été cristallisé, ainsi que la réaction de la mère à ce mot. La trace persistante de la coordination énonciative non pertinente nous laisse penser à un effort de décontextualisation de la part de l'enfant. Une situation inédite peut être déstabilisante, car difficilement représentable, comme une blessure ou une situation d'effraction nécessitant des explications. La mère commente spontanément cette situation inédite, afin que l'enfant puisse se la représenter et se l'approprier, comme elle pourrait le réconforter et le soigner avec attention. Nous ajouterons par ailleurs que la communication paradoxale utilisée par la mère ne facilite pas la tâche de Kevin puisqu'elle l'assoit sur ses genoux en lui demandant de descendre.

Au bout de quelques minutes, le thérapeute propose à l'enfant de venir jouer. L'enfant tourne le dos au thérapeute, mais grâce à la vidéo, nous

pouvons observer l'utilisation par Kevin du regard périphérique en direction du thérapeute, ainsi qu'un sourire de l'enfant. Ce sourire est pour nous un indice de la sensibilité de cet enfant à l'échange qui s'est tenu devant lui. Il semble plus attentif lorsqu'il ne regarde pas en face en même temps qu'il écoute, comme c'est le cas pour de nombreux enfants autistes. Kevin a réagi comme peut le faire un enfant à développement typique que l'on invite à jouer et qui se fait désirer avec un petit sourire coquin.

2. On ouvre la boîte ?

Ayant disposé sur la petite table au centre de la pièce une boîte avec des jouets et une boîte de feutres, le médecin décrit la situation à l'enfant.

Médecin : On ouvre la boîte ?

Enfant : Oui. Maman, on ouvre la boîte ? Maman ? (Il adresse un regard franc, mais en périphérie à sa maman.)

Mère : (En regardant l'enfant) : Oui.

Enfant : (Prend la boîte ouverte et se met à jouer par terre.)

Nous observons ici comment l'enfant reprend immédiatement l'énoncé que le médecin lui a adressé pour le modifier et l'adresser à sa maman. Il ajoute le mot « maman » au début et à la fin de l'énoncé écholalique. Nous relevons également, dans l'énoncé de l'enfant, un changement d'intonation qui marque l'interrogation. Dans le même temps, le regard de Kevin s'adresse à sa mère et accompagne l'énoncé qui lui était adressé par le médecin, énoncé transformé et adressé à sa mère de façon explicite. L'accent que l'enfant met dans l'intonation est très important, car il exprime une demande ciblée adressée à la mère. Ce n'est que lorsque la mère répond par l'affirmative que l'enfant prend la boîte pour l'ouvrir et commencer à jouer avec elle. Ainsi, Kevin a su remanier la situation, l'adapter à la situation communicationnelle actuelle, l'adresser à l'autre et manifester qu'il exprimait une demande et attendait une réponse. Dans la classification fonctionnelle

des écholalies de Prizant, cet énoncé ferait partie de la catégorie 12. Il s'agit ici d'une écholalie utilisée pour établir une demande, pour poser une question et plus spécifiquement pour demander la permission, comme une confirmation de son désir.

3. C'est toi qui l'as défaite...

Le thérapeute regarde jouer l'enfant qui aligne des barrières en plastique l'une à côté de l'autre. Le thérapeute, placé latéralement par rapport à l'enfant, essaie de rythmer le jeu.

- Thérapeute: Encore une ? Encore une?
- Enfant: Oui. (Il place soigneusement la barrière.)
- Thérapeute: Allez, encore. Ouais... Encore une ?
- Enfant: Oui. (Il place soigneusement la barrière. Murmure incompréhensible.) C'est toi qui l'as défaite. (Il prend une barrière qui est cassée.)
- Thérapeute: (En exagérant l'intonation) : C'est moi qui l'ai défaite ?
- Enfant (En prenant une autre barrière) : C'est toi qui as défait ça, ça...
- Thérapeute : Ahhhh...
- Enfant: (Avec la même intonation) : Ahhhh... (Il met la barrière à côté de l'autre.)
- Thérapeute : C'est cassé, tu as raison. Encore ? Et encore ? Ça fait comme un train.
- Enfant : Comme un train.

L'enfant encastre les barrières les unes à côté des autres. Quand il constate qu'il manque le crochet. Kevin n'est pas en mesure de dire quelque chose comme « la barrière est défaite » ou « elle est cassée ». Il utilise à la

place un autre énoncé, qu'il doit avoir déjà entendu et compris, avec le mot « défaite » : « c'est toi qui l'a défaite ». Il n'est pas capable d'isoler le participe passé « défaite » dont il a besoin pour construire une phrase banale. Il utilise un énoncé déjà connu pour attirer l'attention de l'autre sur quelque chose qu'il vient de découvrir. Nous serions donc ici devant une écholalie différée qui servirait à l'enfant parvient à donner du sens à ce qu'il observe et qu'il désire partager avec son thérapeute. Nous voyons comment l'énoncé est à comprendre comme l'expression d'une appétence de l'enfant pour l'échange avec autrui, d'un effort pour aller vers l'autre et partager quelque chose qui entre en résonance avec sa pensée. L'enfant reprend l'expression de l'étonnement immédiatement après l'adulte. Nous pourrions placer cette écholalie dans la catégorie 9, pouvant être considérée ici comme une affirmation.

Il nous semble toutefois que cette description est insuffisante, pour rendre compte de nos observations cliniques. Dans la classification proposée par Prizant, nous ne trouvons pas de type d'écholalie pouvant servir à manifester la surprise ou l'étonnement, c'est-à-dire un changement dans l'état d'esprit de l'enfant. En effet, dans notre exemple, l'écholalie sert à l'enfant à donner des informations nouvelles à l'autre dans l'échange, mais aussi à partager l'étonnement, la surprise ressentis face à l'événement inattendu qui vient interrompre le jeu. Nous remarquons par ailleurs l'importance du changement inattendu dans le jeu de l'enfant autiste, qui peut vite devenir répétitif. Les changements inattendus provoquent chez l'enfant autiste un étonnement tel, que la plupart du temps, celui-ci s'empresse de le partager avec l'adulte. Bien entendu, ce passage se fait par un chemine autre que ceux empruntés par une communication dite « normale »¹⁶³, mais l'intention communicative y est présente. Nous pouvons affirmer que l'énoncé écholalique différé « C'est toi qui l'as défaite » remplace un pointage protodéclaratif. Ensuite, dans l'énoncé « c'est toi qui as

163 Nous explorerons les conséquences des changements inattendus dans le jeu des enfants autistes dans le chapitre 4.1 Nous y décrirons notamment l'utilisation d'un robot comme médiation dans les échanges.

défait ça, ça », accompagné du geste, le pronom démonstratif « ça » remplace le geste du pointage.

Nous voyons bien ici comment un geste si banal et transparent chez l'enfant à développement normal, tel que le pointage, prend une dimension beaucoup plus complexe dans l'autisme. En tant que thérapeute, nous devons disposer d'outils pour identifier et étayer ce type de situation, afin d'aider l'enfant à se rapprocher le plus possible d'un échange intersubjectif et non à l'écartier d'emblée.

Au cours de cette séance, l'adulte commente : « c'est cassé, oui tu as raison ». L'enfant ne répète pas les mots de l'adulte. Pourquoi ? Probablement parce qu'ils n'apportent rien de nouveau à la situation, ou parce qu'ils suffisent à expliquer la situation. L'enfant a en sa possession assez d'informations concernant ce qui suscitait son étonnement, à savoir la barrière cassée. Il a senti que son énoncé, son expression avait atteint le but communicatif d'informer l'autre. L'énoncé de l'adulte lui sert de confirmation. L'adulte dit « encore ? » et l'enfant place la dernière barrière. Ici, c'est l'action de l'enfant qui prouve qu'il a compris l'énoncé. L'adulte ajoute : « C'est comme un train » et l'enfant répète « comme un train ». Cette fois-ci, l'enfant reprend une partie de l'énoncé de l'adulte. Pour nous, il s'agit d'un énoncé écholalique d'affirmation, correspondant à la catégorie 11 de Prizant, même si cette écholalie est clairement une écholalie immédiate. Elle indique une affirmation par la répétition et remplace un « oui ». Cet usage de la répétition ressemble à celui que l'on trouve chez les enfants tout-venant. En effet, ceux-ci répètent pour montrer à l'autre que l'information donnée leur convient, qu'ils l'ont assimilée, qu'ils sont d'accord avec l'interlocuteur : effectivement, l'emboîtement linéaire des barrières mises en place par l'enfant évoque la succession des wagons d'un train. « Comme un train » serait la marque d'un processus d'intégration de concepts, et non une relance du dialogue.

Cette séquence vidéo nous amène à penser que l'écholalie peut servir à manifester une intention de partager ou une demande d'attention partagée.

L'enfant se trouve dans l'incapacité de faire cette demande d'une façon conforme, comme le ferait un enfant à développement typique. L'enfant autiste ne peut utiliser que les outils dont il dispose. Il revient alors au thérapeute de combler les vides, d'ajouter du sens là où l'enfant n'est pas encore capable de le faire. La suite de la séquence montre l'importance de l'étayage du thérapeute : une fois que l'enfant se sent compris dans l'échange, il peut aller vers d'autres propositions.

4. Tu veux une autre?

L'enfant trouve des petites voitures dans la boîte à jouets. Il les dirige vers sa mère. Le thérapeute compte « un, deux ... trois ! » et invite l'enfant à faire rouler la voiture vers sa maman. L'enfant répète « un, deux... trois ! », mais rien ne se passe. Le thérapeute invite alors l'enfant à lancer la voiture à sa mère, celle-ci allonge son bras pour la recevoir, mais au lieu de la faire rouler, l'enfant la lui donne. La mère fait rouler la voiture par terre jusqu'à l'enfant. Il la prend, mais ne la relance pas. Il continue à jouer seul. Le thérapeute sollicite alors l'enfant en lui demandant de faire rouler la voiture vers lui. Après plusieurs essais, un échange se met en place. L'enfant et les adultes font rouler la voiture les uns vers les autres et nous observons alors une ébauche de jeu à tour de rôle. L'enfant et le thérapeute sont face à face. Le thérapeute lance une voiture, l'enfant la reçoit.

Thérapeute : Tu veux une autre ?

Enfant : Oui.

Thérapeute : (tarde à lancer une nouvelle fois la voiture.)

Enfant : (En pointant son interlocuteur) : Tu veux une autre.

Thérapeute : Tu es prêt ?

Enfant : Oui.

L'enfant a repris l'énoncé de l'adulte sans pouvoir y apporter la modification nécessaire : le changement du pronom. Il n'arrive pas encore à

exprimer la distinction entre « je » et « tu ». Cette écholalie serait « une façon de tenter de s'ajuster à son interlocuteur en s'y adaptant en adhésivité, en répétant en écholalie avec le même ton, le même timbre, la même hauteur de note, sans pouvoir encore ne se différencier ni savoir comment s'y prendre pour se mettre à communiquer¹⁶⁴ ».

Pour autant, s'il n'y a pas eu de modification au niveau de l'énoncé, une variation gestuelle s'est produite : l'enfant a pointé son interlocuteur. Ce pointage proto-impératif contribue à une meilleure compréhension de l'échange, tout en restant tout à fait paradoxal. L'enfant parle et pointe l'autre, mais c'est lui qui veut la voiture. Il pointe l'objet qu'il désire. Il nous est utile de remarquer ici que l'enfant est capable de répondre « oui » à chaque proposition faite par l'adulte. C'est seulement quand l'enfant perçoit une variation temporelle dans le tour de parole de l'autre qu'il va adopter l'énoncé écholalique, renforcé par le pointage, pour manifester à l'adulte sa volonté de continuer le jeu. Cette écholalie immédiate a une valeur fonctionnelle dans l'échange : elle permet à l'enfant de donner une réponse affirmative à la question que lui pose l'adulte.

Le jeu entre l'enfant, le thérapeute et la mère semble s'enrichir, mais très vite, l'enfant est happé par les stimuli générés par les petites voitures, notamment les roues qui tournent. Seules les sollicitations du thérapeute, par leur débit ralenti et leur intonation exagérée, parviendront à ramener l'enfant dans l'échange.

Lors de l'analyse de la vidéo, nous avons observé qu'à plusieurs reprises, l'enfant tente de produire quelques mots qui restent incompréhensibles. À ce moment-là, la mère est dans l'incapacité de relancer l'échange verbal. Comme la mère ne comprend pas ce que son enfant veut dire, celui-ci pourrait considérer que ses énoncés sont dépourvus de sens. C'est pourquoi le thérapeute se doit de faire l'effort de comprendre l'enfant, ou tout au moins de lui attribuer une intention communicative. Ceci est

164 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 61(1), 45-66. p. 51

particulièrement crucial lorsque, dans un désir d'intersubjectivité, les comportements corporels de l'enfant visent un échange avec les autres.

C'est dans les modifications apportées aux énoncés de départ que l'enfant autiste établit un 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 reprenait une partie de l'énoncé de l'adulte, en y ajoutant un élément pertinent, qui peut être une écholalie ou un pointage. En fait, chez un même enfant autiste, les degrés d'écholalie allant de l'écholalie immédiate à l'écholalie différée s'avèrent révélateurs de l'évolution de ses capacités langagières.

Revenons au moment où l'enfant fouille dans la boîte à jouets. Il y trouve la figurine d'une dame, ainsi qu'un parapluie. Il prend le parapluie dans une main et la figurine dans l'autre.

5. En plus avec le parapluie !

- Enfant : (En chuchotant) : En plus avec le parapluie. (En parlant plus fort) : En plus avec le parapluie. (Il se lève et se dirige vers sa maman, puis lui donne la dame et le parapluie.)
- Médecin : Tiens, maman, remets-moi ça avec le parapluie.
- Thérapeute : En plus avec le parapluie.
- Mère : (Remettant le parapluie dans la main de la figurine) :
Oui, il joue aux Playmobil à la maison.
- L'enfant : (Reprend la figurine et la pose par terre.)
- Médecin : Qu'est-ce qu'elle fait la dame avec le parapluie ?
- Enfant : Avec le parapluie.
- Médecin : Peut-être elle va se promener.
- Enfant : Se promener.

- Médecin : Peut-être que la dame avec le parapluie va chercher son fils à l'école ?
- Enfant : Son fils à l'école, avec le parapluie, la dame, avec le parapluie...

Si nous focalisons notre attention non pas sur l'énoncé de l'enfant, mais sur le dialogue des adultes, nous serons surpris de constater qu'à ce moment précis, la mère de l'enfant évoque les raisons pour lesquelles elle croyait que son fils n'allait pas jouer : un nouvel intervenant ainsi que la présence de la caméra et de la personne qui filme. L'enfant répète à plusieurs reprises la phrase « avec le parapluie ». Il s'agit bien d'un énoncé spontané de l'enfant, mais nous savons qu'il s'agit également d'une écholalie par l'utilisation de la construction adverbiale « en plus », placée avant l'énoncé. Cette construction adverbiale est un ajout à l'information qui vient d'être donnée. Un laps de temps assez long s'est écoulé entre l'énoncé précédent et l'énoncé « en plus avec le parapluie ». De plus, l'énoncé précédent ne faisait aucune allusion à la figurine. Ainsi, de par sa forme, et selon les critères de Prizant, nous pouvons dire qu'il s'agit ici d'une écholalie de complétion verbale. Nous estimons qu'elle apporte une information nouvelle et particulièrement très intéressante pour la prise en charge de cet enfant¹⁶⁵.

6. Tu as vu, encore un autre ?

L'enfant aligne les personnages. La dame au parapluie se trouve parmi eux. Kevin constate qu'il n'y a plus de personnages dans la boîte.

- Enfant : Tu as vu ? Encore un autre.
- Thérapeute : Ah ! tu veux encore un autre ? Il n'y en a plus.

165 Nous développerons ce propos dans le chapitre 3.4« La sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui ».

- Enfant : (Regarde le crocodile que le thérapeute a enfermé dans les barrières.) Un escargot ?
- Thérapeute : Ah ! le crocodile !
- Enfant : (Il sort le crocodile de l'enclos et met des voitures à sa place.)
- Thérapeute : Ah ! tu mets les voitures !
- Enfant : (Ouvre l'enclos. Très doucement, en même temps qu'il fait sortir les voitures) : Vroum vroum.

Cette micro-séquence est très importante. Elle témoigne de la volonté de l'enfant de partager son vécu, par le langage, avec son thérapeute. Constatant qu'il n'y a plus de figurines, il parle à l'adulte qui est en face de lui (notons que l'énoncé de l'enfant n'est pas accompagné d'un regard soutenu vers l'adulte et que l'adresse du regard est quasiment imperceptible). Il lui manifeste son étonnement devant l'absence d'autres figurines et formule une demande. « Tu as vu ? » est une demande de confirmation adressée à l'autre, qui concerne quelque chose que l'enfant observe dans la réalité et qui pourrait se reformuler par : *Je viens de constater qu'il n'y a plus de figurines. As-tu vu la même chose ?* Cependant, l'enfant ne laisse pas à l'adulte le temps de répondre, il dit tout de suite « encore une autre ». « Tu as vu ? » peut être considéré comme une écholalie d'appel (catégorie 10 selon Prizant). Le but de cet énoncé est d'attirer l'attention de l'autre pour lui demander quelque chose. « Encore un autre » serait la demande formulée par l'enfant après avoir attiré l'attention de l'adulte. Cet énoncé est une écholalie différée directive (type 14) ; il a été utilisé par le thérapeute quelques minutes auparavant, alors qu'ils jouaient avec les barrières. On voit ici comment l'enfant a pu se servir de la chaîne phonique entendue pour la répéter à bon escient dans l'échange, montrant ainsi que le sens de l'énoncé a bien été compris.

7. C'est cassé le parapluie...

L'enfant organise un accident avec les voitures. Il tombe par hasard sur la figurine de la dame au parapluie et enlève le parapluie en la manipulant.

Enfant : C'est cassé le parapluie

Thérapeute : Non, ce n'est pas cassé. (Avec une voix chantonnée) :
Tu veux qu'on le remette ?

Enfant : Oui. (Il commence à remettre les jouets dans la boîte.) **Tu veux qu'on le remette ?**

Thérapeute : Qu'on remette le parapluie dans la main ? (L'enfant continue à ranger les jouets.) Non, pas remettre dans la boîte... Ah ! tu veux ranger ? Tu veux plus jouer ? Ah ! il y a Kevin qui ne veut plus jouer. Il n'est pas content.

Médecin : Il est fâché contre le bébé.

Enfant : (Il pose la boîte sur la table.) C'est fini.

Dans cette séquence, nous observons les difficultés qu'éprouve cet enfant à décontextualiser. Lorsque Kevin entend la proposition du thérapeute, il n'a pas accès à la polysémie. Il entend le verbe plutôt comme un synonyme de ranger, ce qui l'empêche d'associer l'action de « remettre » au fait de placer à nouveau le parapluie dans la main de la dame. Il utilise l'écholalie immédiate comme une affirmation, sans modifier l'énoncé pour y mettre l'inversion pronominale nécessaire.

Tout se passe comme si, pour lui, « remettre » signifiait « ranger ». En fait, lorsqu'il démonte le parapluie, il dit « c'est cassé », or, on ne remet pas quelque chose qui s'est cassé, on le répare. Une fois de plus, nous remarquons comment les liens que l'enfant tisse entre les énoncés peuvent fragiliser les échanges. La difficulté à décontextualiser peut conduire à des malentendus, comme c'est le cas ici. Que se serait-il passé si le thérapeute avait employé un autre mot ?

8. Il faut ramasser les feutres par terre !

- Enfant : (Prend une boîte de feutres posée sur la table et laisse tomber les feutres.) Il faut ramasser les feutres par terre ! (Visiblement inquiet.)
- Médecin : Bah oui, on les ramasse si tu veux et on va pouvoir dessiner peut-être. Tu veux dessiner ?
- Enfant : (Ramasse les feutres, puis s'approche de sa mère et du paper board.) Je veux dessiner maman ? (En regardant sa mère) : Je veux dessiner en orange ? Je veux dessiner en orange ?

L'enfant s'apaise, car il se sent concerné dès qu'il peut mieux se représenter ce qu'il éprouve. Nous pouvons apprécier ici l'hétérogénéité des capacités linguistiques de cet enfant. Contrairement à ce qui se passe dans la séquence que nous avons intitulée « tu veux l'autre ? », l'enfant est ici capable de changer le pronom personnel, d'opérer l'inversion pronominale si coûteuse pour les enfants autistes. Lorsque Kevin reprend un énoncé en écholalie immédiate, l'inversion pronominale ne s'opère pas. Or, lorsqu'il s'agit d'une écholalie différée ou d'un énoncé spontané, l'utilisation du pronom « je » semble s'ajuster plus facilement au dialogue. Notons également un élément particulier dans cette phrase : Kevin s'adresse à sa mère pour lui demander *s'il veut* et non *s'il peut* dessiner. L'utilisation du verbe « pouvoir » serait bien plus adaptée à la situation. De plus, l'intonation utilisée est celle d'une question et non celle d'une affirmation.

9. Il faut ramasser !

- Enfant : (Il ramasse les feutres qu'il a laissé tomber un par un par terre.)

Thérapeute : Tu me donnes le rose ? Juste le rose, pas tous.

Enfant : (S'approche du médecin avec le tas de feutres dans sa main. Dès que le thérapeute prend un feutre, C. laisse tomber les autres.)

Thérapeute : Ah ! ils tombent ! Regarde ! Tiens, on va faire la pluie. On fait la pluie, tu veux ?

Enfant : Oui.

Thérapeute : (En laissant tomber les feutres) : Il pleut ! il pleut ! ohhh...

Enfant : (Sautant, visiblement amusé) : Ah ! il faut ramasser, tu l'as fait tomber !

Thérapeute : La pluie est tombée ! Et maintenant elle va tomber goutte par goutte. T'es prêt ?

Enfant : (En regardant le thérapeute) : Oui.

Thérapeute : Une goutte. (Il laisse tomber un feutre et regarde l'enfant.)

Enfant : Une goutte ?

Thérapeute : Allez. (Il laisse tomber un feutre.) Encore.

Enfant : (En se rapprochant du thérapeute) : Oui.

Thérapeute : (Il donne un feutre à l'enfant pour que celui le laisse tomber.) Allez, vas-y !

Enfant : (Laisse tomber le feutre.)

Thérapeute : (En même temps que l'enfant laisse tomber un feutre, il scande avec sa voix) : Tuc !

Enfant : Tuc. (Un feutre tombe.) Tuc. (Un feutre tombe. Tous les feutres tombent et l'enfant lance un cri de joie.)

Il nous semble que cette vignette illustre clairement le besoin qu'ont les enfants autistes d'un environnement étayant qui les aide à comprendre le monde et les expériences qui les entourent. Partant d'un énoncé écholalique, le thérapeute arrive à transmodaliser le vécu de l'enfant, en lui donnant une

représentation grâce aux feutres, et à introduire une scansion qui permet à l'enfant d'anticiper et d'accéder à la temporalité.

Dans la deuxième partie de la consultation, l'enfant se désorganise et commence à se mettre en danger. Il monte sur les chaises, sur les tables et saute. Cela se produit lorsque le médecin évoque l'air songeur de Madame et le fait que l'enfant coupe les propositions d'échange à plusieurs reprises. Le thérapeute essaie de distraire l'enfant en lui proposant un nouveau jeu avec les feutres. Le thérapeute fait un lien : « je crois que tout à l'heure, quand j'ai fait la pluie tu as eu peur, car tu n'aimes pas les choses qui tombent ». L'enfant arrête de sauter, va regarder la boîte, prend les feutres et les jette par terre. Nous voyons comment le commentaire du thérapeute et la mise en mots de la situation a contribué à apaiser l'enfant. L'évocation de la peur résonne chez l'enfant, elle établit un lien entre son vécu corporel et la métaphore introduite par les feutres. Ce vécu est partagé avec le thérapeute. Il est donc représenté et symbolisé.

10. «C'est pas moi qui ferme la lumière ».

- Enfant : (En sautant) : Qui a fermé la lumière ? Ce n'est pas moi ! (Il allume la lumière.) Qui a la lumière ?
- Médecin : Qui a fermé la lumière ? Ce n'est pas toi qui as fermé la lumière ?
- Enfant : C'est pas moi qui ferme la lumière ! C'est pas moi qui ferme la lumière !
- Thérapeute : C'est qui, alors ?
- Médecin : C'est une chanson que tu as inventée ?
- Enfant : (Se dirige vers le paper board)

Nous observons très probablement ici une écholalie de répétition, différée. Pour Kevin, la fonction de cette écholalie est de s'interdire à lui-

même une action qu'il vient de faire, mais dont il sait qu'elle est interdite. Il répète pour contenir sa pulsion.

Prizant attribue des caractéristiques fonctionnelles à l'écholalie différée. Toutefois, l'analyse du discours et des échanges des enfants autistes nous montre qu'il y aurait d'autres fonctions à prendre en compte, dont des fonctions mixtes. Plus encore que les nombreuses catégories fonctionnelles des écholalies, immédiates et différées, ce qui nous semble important est de pointer la charge sémantique d'énoncés qui sont si souvent méprisés ou ignorés.

Les exemples analysés plus haut nous donnent une ébauche de la façon dont fonctionne l'écholalie chez les enfants autistes et nous laissent voir de quelle façon les variations entre écholalie immédiate et écholalie différée doivent être prises en compte dans l'étude des pathologies du spectre autistique. « Les productions des enfants sont comme des esquisses évanescentes du langage adulte et ne peuvent être analysées que dans leur contexte interactionnel, en prenant en compte le savoir partagé, les actions, les gestes, les expressions faciales, les postures, les mouvements de tête avec les mots produits par les enfants¹⁶⁶ ». L'énoncé écholalique constitue alors un outil que le thérapeute possède pour soutenir et étayer l'échange intersubjectif avec l'enfant autiste. Plus l'enfant sent que ce qu'il construit avec son langage est compris, plus il s'efforce de communiquer. Et comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, 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 et relationnelle, à condition de ne pas la disqualifier en la considérant vide de sens.

Dans la forme, c'est d'abord l'intensité de l'intonation qui permet de faire la différence entre une écholalie assouplie et une écholalie figée. L'écholalie figée est associée à une forte intensité intonative. L'écholalie assouplie se caractérise, au contraire, par une intensité faible. De plus,

166 Morgenstern, A. (2019). Le développement multimodal du langage de l'enfant : Des premiers bourgeons aux constructions multimodales. p.23

l'écholalie stricte conserve le plus souvent la forme et l'intonation de l'énoncé source, tandis que l'écholalie assouplie tend à s'en écarter et les modifie en les simplifiant ou, plus généralement, en les complexifiant. Les reprises écholaliques de Kevin mettent en évidence les différentes façons dont il se sert du discours de l'autre. Les écholalies immédiates ou « figées », c'est-à-dire sans aucune modification apportée par l'enfant, ont tendance à apparaître au cours d'une interaction « face à face ». Elles expriment une identification à l'adulte. Les écholalies remaniées par l'enfant sont plus fréquentes dans un échange « côte à côte » ou dans le cadre d'un discours auto adressé, et ces écholalies plus « assouplies » indiquent que l'enfant a intériorisé une proposition ou une assertion formulée par un autre.

Une fois que l'enfant autiste a pu mettre en place un énoncé écholalique, principalement l'écholalie différée, son langage tend à évoluer. Petit à petit, il parvient à analyser de manière plus efficace le langage qui lui est adressé pour le transformer en une série d'énoncés « prêts à l'emploi » dans une interaction plus dynamique. L'écholalie, remaniée par l'enfant, donne davantage de fluidité au dialogue et permet l'utilisation des tours de parole. Les variations verbales ou gestuelles introduites sont, dans la plupart des cas, très significatives, bien que subtiles. Si l'enfant a recours à l'écholalie, c'est qu'il a quelque chose à dire et qu'il a compris qu'on attend quelque chose de lui. Comment les écholalies deviennent-elles écholalies partagées ? Elles se transforment en langage adressé, puis s'assouplissent avec l'aide de l'environnement. Elles gagnent en spontanéité grâce au lien qui s'établit avec les émotions, et cette évolution pourra s'apprécier à partir des microvariations qui surviennent dans l'échange.

André Bullinger parle de la phase d'extraction des invariants comme une partie de la boucle sensorielle archaïque. Les écholalies sont en lien avec des affects. Il s'agit d'un point de repère fixe qui n'est pas sans lien avec les « invariants » de Bullinger. À partir de la répétition de situations connues, l'enfant pourra extraire des caractéristiques constantes, ou quasi constantes : les invariants. Ces invariants pourront être utilisés dans le cadre de

situations nouvelles, à partir de ce qui est déjà connu. Il s'agit d'un processus nécessaire à l'instrumentalisation. Autrement dit, l'extraction des invariants nourrit la boucle cognitive. Les écholalies peuvent être considérées comme une fixation sur le processus de répétition, avant l'extraction des invariants. Elles ne sont pas sans lien avec les mouvements répétitifs. Tout se passe comme si l'enfant restait fixé sur l'extraction des invariants, sans pouvoir les utiliser dans d'autres circonstances pour créer du nouveau, sans pouvoir se les représenter en dehors de l'action. Les expériences archaïques constituent un ancrage sensoriel pour déployer des invariants. Cela se passe dans l'interaction avec l'environnement, mais surtout avec l'autre, avec le milieu humain. « C'est en situation et dans l'interaction que le bébé soumet en permanence le flux sonore (auquel on ajoutera le flux visuel, tactile, olfactif) qui lui parvient, à une analyse que Culioli appelle activité épilinguistique qui a pour caractéristique d'être non consciente et "qui est au cœur de l'activité de langage et que l'on peut constater déjà chez l'enfant" (Culioli, 1990, p. 18). Les théories énonciativistes mettent donc à la fois l'accent sur les aspects discursifs et intersubjectifs du langage et sur l'activité mentale du sujet, qu'il soit enfant ou adulte au sein de la co-énonciation¹⁶⁷ ».

Les énoncés écholaliques ont toujours une part d'invariant, mais ils ont besoin de l'autre pour pouvoir se développer. Les enfants autistes ne pourront extraire qu'un seul invariant à la fois. Si l'écholalie est accueillie et acceptée, l'enfant dépassera peu à peu l'étape d'extraction des invariants, pour pouvoir se les représenter et les intégrer cognitivement.

Parler, c'est laisser sortir des mots, mais aussi « se vider ». Les enfants autistes peuvent éprouver des angoisses de vidage ou d'explosion. L'écholalie est une façon de laisser sortir ce qu'il y a à l'intérieur de soi et qui n'est pas encore très bien représenté. Beaucoup d'enfants autistes commencent à s'exprimer par le chant, par la répétition de petites comptines. C'est le cas de Nils, qui commence à chantonner des comptines en anglais. Nils est très

167 Morgenstern, A. (2019). Le développement multimodal du langage de l'enfant : Des premiers bourgeons aux constructions multimodales. p. 29

exposé aux écrans et on sait que les écrans utilisés de façon solitaire coupent toute possibilité d'attention conjointe, dans la mesure où l'enfant peut se débrouiller facilement pour investir un jeu. À l'inverse, les commentaires du thérapeute sur le contenu de la chanson que chante l'enfant favorisent chez ce dernier l'avènement d'un langage intérieur. Tant que les écholalies restent inconscientes, elles ne peuvent pas être représentées. Elles le seront si l'entourage aide l'enfant à faire en sorte qu'elles puissent être associées à une situation et à une personne, pour passer d'une simple réaction sensorielle, une recherche du sentiment d'exister, à une chaîne phonique ayant une signification réelle dans l'échange, c'est-à-dire un signe conventionnel (ayant la valeur linguistique d'un signifiant/signifié).

Avant de devenir un signe conventionnel dans la langue, l'énoncé écholalique prend petit à petit la valeur d'un signe conventionnel dans l'entourage familial de l'enfant. Ultérieurement, l'écholalie accompagnée dans l'échange s'assouplit et élargit son champ d'action, jusqu'à posséder pleinement une valeur conventionnelle. Nous pouvons citer ici l'exemple du mot « bulles », que Kevin utilise dès qu'il nous aperçoit dans la salle d'attente. Le mot « bulles » peut signifier « bonjour » ou « je veux jouer avec toi », ou encore « je veux aller en salle de psychomotricité ». Nous contextualisons : « Bonjour, Kevin, je vois que tu es content de me voir, tu veux jouer ? ». Après un temps de généralisation, l'énoncé « des bulles » se restreint au champ sémantique des jeux et sert plus précisément à demander la boîte qui contient le matériel utilisé pour travailler le souffle. Avant que le mot ait acquis une signification plus proche de l'usage conventionnel, l'énoncé « des bulles » a servi à Kevin à établir un chemin vers l'autre, à bâtir un pont pour se faire comprendre. Petit à petit, l'utilisation du mot s'est restreinte à sa signification exacte.

Les enfants dont le langage émerge utilisent souvent ce dernier pour exprimer la perte, ou toute situation extrême dans laquelle le langage oral semble être le dernier recours. Voyons cet exemple : « avec un autre garçon, Alain, s'instaure un jeu avec des bulles de savon. Chaque disparition d'une

bulle le met dans un état de souffrance inconsolable. Il réclame le flacon de bulles de savon. Il jubile, rit et essaie de toucher les bulles, les poursuit des yeux et de tout son corps. Quand sa thérapeute arrête de produire des bulles de savon, Alain rentre dans une tristesse intense, se met à pleurer, partage sa tristesse avec sa thérapeute, en réclamant le retour des bulles. C'est dans la tristesse qu'il a émergé dans le langage en disant « Bu », pour dire *bulles*¹⁶⁸ ». C'est à partir du partage émotionnel autour de la tristesse et de l'absence que certains enfants autistes articulent leurs premiers mots et qu'ils ressentent le besoin de les adresser à l'autre.

« L'écholalie est à prendre comme un compromis entre un désir de s'exprimer, de communiquer, et une difficulté à se différencier d'un autre avec qui l'enfant est en adhésivité¹⁶⁹ ». Chantal Lheureux-Davidse nous explique ainsi que l'écholalie peut apparaître dans les moments de séparation pour épargner à l'enfant le sentiment d'une rupture. Une autre fonction de l'écholalie serait donc d'apaiser le vécu difficile des moments de séparation ou de transition, une stratégie pour ne pas se démanteler. L'écholalie peut également être une sorte de langage mécanique, une suite de mots prononcés sans avoir la sensation de les habiter, sans aucun ancrage corporel, « comme dans une sorte de robotisation où les choses sont dites et nommées d'une façon intellectuelle sans être vécues de l'intérieur. Ces enfants n'arrivent pas à se mobiliser dans leur corps¹⁷⁰ ». La fixité du langage se trouve liée, chez les enfants autistes, à la raideur corporelle.

Si dans la relation thérapeutique, il nous paraît indispensable de considérer les écholalies comme une occasion de déclencher un dialogue et proposer un échange en attribuant à l'enfant autiste toutes les caractéristiques d'un interlocuteur véritable, cela implique, pour le thérapeute, d'accepter d'être, pendant un temps indéterminé, le seul à pouvoir amener l'enfant à la relation, au dynamisme et à la rêverie qui

168 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 61(1), 45-66. p. 50

169 Ibid., p. 51

170 Ibid p. 51

caractérisent l'échange linguistique. C'est pourquoi tout au long de ce travail nous serons amenés à insister encore et encore sur la nécessité du partage affectif et émotionnel dans la prise en charge de l'enfant autiste. À l'instar de l'attention conjointe qui s'établit à partir du partage autour d'un objet du réel, sur lequel l'attention de l'enfant et celle de l'adulte se trouvent en synchronie, le partage affectif et émotionnel se fait autour des émotions et du vécu interne de l'enfant autiste. Ainsi l'attention partagée et le partage affectif et émotionnel préparent-ils le terrain pour accueillir les microvariations dans le dialogue, les comportements et l'activité psychique de l'enfant.

Chantal Lheureux Davidse affirme qu'entre le moment où l'enfant se sent pris en compte dans ses écholalies, lesquelles témoignent de son adhésivité, et le moment où l'enfant sort de cette adhésivité pour se différencier dans le dialogue, il existe un passage intermédiaire : c'est le moment des dialogues internes. L'enfant marmonne pour lui-même ou se parle en chuchotant, avec des variations dans la hauteur et l'intensité de la voix. Ces microvariations font penser à un début de différenciation entre lui et l'autre : « ce début d'alternance entre deux registres de voix que l'enfant prononce pour lui-même en dialogue interne fait résonance à une capacité nouvelle à quitter une certaine adhésivité pour explorer davantage l'espace entre le loin et le près, le dedans et le dehors, entre quelqu'un et quelqu'un d'autre¹⁷¹ ». Nous avons observé ce comportement chez Kevin lorsqu'il participait à un petit groupe thérapeutique avec un autre enfant. Il lui arrivait parfois de se placer dans un coin contenant de la pièce en marmonnant des choses de façon presque inaudible. Dans ces moments, si l'intersubjectivité commence à apparaître, elle ne peut pas encore être partagée. Mais si le terrain reste propice, l'enfant autiste sera en mesure d'introduire des microvariations dans les énoncés écholaliques dans le partage avec autrui et, en l'occurrence, avec son thérapeute. La créativité dans le dialogue pourra advenir et l'enfant passera ainsi d'une écholalie par

171 Ibid, p. 52

adhésivité à un dialogue plus créatif, preuve de l'apparition de l'intersubjectivité, d'une existence possible à deux, voire à plusieurs.

Par la suite, le recours à l'écholalie s'estompera au profit d'un dialogue plus dynamique et créatif, aux énoncés moins restreints et assortis d'un intérêt partageable pour le monde et les objets qui entourent l'enfant. Ce dernier, une fois conscient de la différenciation et de l'intersubjectivité, réalise que les choses ont un nom et qu'elles occupent un lieu dans l'espace. « Un espace commun commence à exister et à se figurer dans lequel chacun trouve sa place et son identité. C'est un moment où l'enfant cherche la place de chaque objet, la place de chacun, le nom de chacun¹⁷² ».

Nous avons pu voir que chez les enfants autistes, l'intersubjectivité était présente avant même d'être repérable et de se manifester de façon explicite. Notons que l'apparition d'écholalies immédiates puis différées de plus en plus variées traduit la mise en place d'une différenciation qui participe à la construction de cette intersubjectivité.

3.4. La sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui : des microvariations qui précèdent l'émergence du langage

« Il faut être deux.../... pour comprendre un ciel bleu, pour nommer une aurore. » (Gaston Bachelard, Préface à *Je et Tu*)

Dans ce chapitre nous allons nous arrêter sur les concepts linguistiques qui nous aideront à mieux cerner nos hypothèses concernant l'importance des productions écholaliques dans l'échange avec les enfants autistes, et sur les signes qui nous apportent des indications sur la façon dont l'enfant autiste réagit aux échanges linguistiques qui se déroulent devant lui.

172 Ibid, p. 53

Nous avons évoqué plus haut les difficultés que rencontrent les enfants autistes dans l'échange avec autrui, et les productions écholaliques s'inscrivent dans ces difficultés. Dans un article collectif¹⁷³, nous avons développé la différenciation entre les registres dialogal et dialogique lorsqu'il s'agit d'analyser les échanges linguistiques des enfants autistes. L'article est né de notre réflexion à partir du visionnage des vidéos de consultation de Kevin. De façon générale « Le dialogue met l'accent sur l'allocutaire, se réfère abondamment à la situation allocutive, joue sur plusieurs cadres de référence simultanément et se caractérise par la présence d'éléments métalinguistiques et la fréquence des formes interrogatives »¹⁷⁴. Le registre dialogal est marqué par l'alternance des tours de parole. « Dans une perspective culiolienne il s'agit de l'horizon de faits visé par les termes de locuteur et de collocuteur¹⁷⁵ ».

Le registre dialogique fait référence « aux représentations implicitement prêtées à l'autre/aux autres, tant par celui qui parle que par celui qui écoute »¹⁷⁶. Les enfants autistes peuvent présenter des difficultés dans ces deux registres lors d'un échange intersubjectif.

Des classifications fonctionnelles des écholalies différées que nous avons présentées au début de cet écrit¹⁷⁷, nous avons retenu les 14 types proposés par Prizant ; nous voudrions essayer de les relier aux registres dialogique et dialogal.

1. L'écholalie non adressée (autostimulatrice)
2. L'écholalie par association de situations

173 Danon-Boileau, L., Bandelier, E., Eckert, F., Florez-Pulido, C., Leibovici, C., Soares, J., & Ylmaz, E. (2011). « La solitude du dialogique chez l'enfant autiste : Du dialogue solitaire au dialogue interactif ». Cahiers de praxématique, 57, 177-192.

174 Ducrot, O., & Schaeffer, J.-M. (1995). Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences du langage. Éditions du Seuil. P 664,665

175 Danon-Boileau, L., Bandelier, E., Eckert, F., Florez-Pulido, C., Leibovici, C., Soares, J., & Ylmaz, E. (2011). « La solitude du dialogique chez l'enfant autiste : Du dialogue solitaire au dialogue interactif ». Cahiers de praxématique, 57, 177-192.

176 Ibid, p177

177 Cf chapitre 2.2

3. L'écholalie par répétition (avec une fonction cognitive autoadressée)
4. L'écholalie autoadressée
5. L'écholalie comme étiquetage non interactif
6. L'écholalie comme tour de parole
7. L'écholalie par complétion verbale
8. L'écholalie d'étiquetage interactif
9. L'écholalie pour donner de l'information
10. L'écholalie pour appeler
11. L'écholalie pour affirmer
12. L'écholalie pour demander
13. L'écholalie pour protester /s'opposer
14. L'écholalie directive

Parmi ces 14 types d'écholalies fonctionnelles, les 9 derniers pourraient s'apparenter aux registres dialogal et dialogique : elles possèdent en effet des caractéristiques qui montrent l'adhésion des enfants autistes au tour de parole. Elles montrent également que les enfants autistes sont capables de prêter des représentations aux autres lorsque le contexte est rassurant pour l'enfant, du fait sans doute d'une anticipation possible du même, et lorsque l'extraction d'invariants peut se faire. Les cinq premières catégories rentrent plus difficilement dans l'un ou l'autre des registres susmentionnés. En fait, dans la description fonctionnelle de ces premiers 5 types d'écholalie, l'enfant autiste n'est pas encore en mesure de partager ses centres d'intérêt avec autrui.

L'analyse des enregistrements vidéo des enfants autistes et de leurs familles pendant les séances de psychothérapie a mis en évidence l'existence de signes - avant même l'apparition du langage oral - montrant l'intérêt de ces enfants pour le dialogue tenu devant eux, même si celui-ci ne leur est pas adressé directement. Rappelons ici que nous sommes en train de décrire une communication qui ne s'établit pas de la même façon que chez les enfants à

développement typique. Précisons également que la possibilité offerte par la vidéo, de revoir les échanges autour de l'enfant, nous a permis de repérer ces signes imperceptibles à l'œil nu, et trop fugaces pour être pris en compte dans les échanges de tous les jours. Ainsi, une fois le thérapeute sensibilisé à la présence et à l'importance de ces signes, que nous pouvons qualifier de « prédictifs », celui-ci pourra les repérer, les reconnaître et leur attribuer une valeur dans l'échange pour commencer à tisser des relations intersubjectives avec l'enfant autiste. Ces signes s'inscrivent dans le registre du dialogique, c'est-à-dire, dans la capacité de se représenter ce que l'autre est en train de dire. Le registre du dialogique n'est pas sans lien avec la théorie de l'esprit. « Le concept de théorie de l'esprit (*Theory of Mind* en anglais ou ToM) désigne la capacité mentale d'inférer des états mentaux à soi-même et à autrui et de les comprendre, [...] et une aptitude cognitive permettant d'imputer une ou plusieurs représentations mentales, par définition inobservables, aux autres individus. Le principe de base étant celui de l'attribution ou de l'inférence, les états affectifs ou cognitifs d'autres personnes sont déduits sur la base de leurs expressions émotionnelles, de leurs attitudes ou de leur connaissance supposée de la réalité¹⁷⁸ ». Nous pensons que l'enfant autiste n'est pas complètement fermé aux échanges avec autrui, mais qu'il a souvent besoin, de temps entre la réception du message et sa réponse à autrui.

Nous estimons que, chez les enfants autistes, l'échange intersubjectif émerge d'une façon différente. En effet, l'échange intersubjectif s'origine dans une sorte dialogue solitaire avant de rencontrer cette entité si complexe qu'est l'autre. Les enfants autistes commencent ainsi par « s'entraîner » avant de se lancer dans l'échange véritable. Dans son article « Dialogue avec son double face à un mur » Chantal Lheureux-Davidse¹⁷⁹ nous parle du besoin

178 Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). « La théorie de l'esprit : Aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge ». *Revue de neuropsychologie*, Volume 3(1), 41-51. p 41

179 Lheureux-Davidse C. (2015) « Dialogue avec son double face à un mur », *Voix des murs, Voix d'a-Mur*, voix/psychanalyse, Solipsy, collection de psychanalyse des éditions Solilang. P 141

qu'éprouvent certains enfants autistes de parler à un double imaginaire non halluciné, avant de parler à l'autre. « Ne parler qu'en écholalie ou sous forme de dialogue avec un double en voix intériorisée ou avec un double fictif qui permet des échanges différenciés à partir d'une parole produite par soi-même, est plus contrôlable qu'un interlocuteur imprévisible. ». Les cinq premières catégories de Prizant iraient dans ce sens. Peut-être sommes-nous déjà face à un début d'évocation ? d'un imaginaire qui commence à se développer ? très probablement les productions écholaliques autoadressées, telles que décrites par Prizant, font-elles partie de cette étape préalable à la rencontre avec autrui par le dialogue.

Pour revenir l'idée à que nous défendons qui est celle de la sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui, nous allons présenter ce que nous avons convenu de nommer dialogisme tangentiel ou comportement dialogique restreint à partir d'exemples tirés de l'analyse des vidéos des entretiens de consultation psychothérapeutique fde Kevin et sa famille.

Lors de la première consultation, Kevin est âgé de 4 ans. Il manifeste des traits autistiques déjà repérés par l'équipe des soignants. L'enfant est accompagné de ses deux parents, le médecin référent est également présent. Au cours de l'entretien, le père évoque une séparation vécue par l'enfant lorsque celui avait 10 mois alors qu'il avait emmené son fils à l'étranger, sans la mère. À cet instant l'enfant touche les seins de sa mère, ce qui ne provoque aucune réaction chez elle. Un peu plus tard, la mère évoque à son tour un séjour à l'étranger, seule avec son enfant. L'enfant touche à nouveau les seins de sa mère et se met à babiller de façon perceptible.

Comment comprendre cet agir de la part de l'enfant ? Dire qu'il s'agit d'une réponse dialogale serait inexact, car il n'est pas question ici d'un échange dans l'alternance des tours de parole. Toutefois, la réaction observée, nous montre que quelque chose du discours de l'autre a été intégré par l'enfant : une partie de ce discours a fait résonance chez lui. Nous estimons que la réaction de l'enfant, ainsi que sa production vocale peuvent

être assimilées à un monologue en écho à la pensée et aux propos exprimés par une autre personne. La recherche de réassurance par le contact avec les seins de sa mère peut être considérée comme une réaction à l'évocation de la séparation montrant que l'enfant a été sensible au contenu du discours des adultes. Le geste de l'enfant serait alors dialogique. Nous ne pouvons pas considérer cette réaction comme dialogale, car il n'y a de la part de l'enfant, aucune volonté de communiquer avec sa mère. Cependant, si nous nous plaçons du point de vue du dialogue tonico-émotionnel, nous pouvons considérer le toucher comme une tentative de communication avec autrui. En effet, si l'on s'en réfère aux caractéristiques de la peau, et au « Moi-peau » décrit par Anzieu, il apparaît qu'on ne peut toucher quelqu'un sans se sentir touché au même temps. Autrement dit, toucher provoque une sensation chez les deux protagonistes de l'échange.

D'un point de vue linguistique, Kevin réagit à l'évocation de la séparation, mais rien ne montre qu'il est capable d'attribuer un rôle d'énonciateur au parent qui évoque la séparation. Le terme que notre groupe de travail a choisi pour qualifier ce type d'échange est « tangentiel ». En géométrie, une droite est appelée tangente lorsqu'elle ne touche qu'un seul point d'une courbe. La réaction de l'enfant peut être considérée comme dialogale, car elle ne semble pas avoir, dans l'esprit de l'enfant, vocation à être adressée. Il n'y a pas de volonté manifeste de participer au dialogue entre adultes. Nous avons perçu la signification possible du geste de l'enfant par l'observation minutieuse de la vidéo, mais celle-ci échappe à l'enfant. Nous parlons alors de comportement à valeur dialogique restreinte ou communication tangentielle à comprendre comme un effet sensorimoteur du contenu des paroles tenues devant l'enfant. L'enfant réagit à son entourage, sans en être pleinement conscient. Selon Bullinger, l'effet sensorimoteur peut être décrit comme peu représentable, ou seulement représentable dans l'action. Autrement dit, action et cognition adviennent simultanément, et, dans notre exemple, en dehors de l'évocation de la séparation, la représentation disparaît.

La consultation se poursuit. L'enfant touche de nouveau les seins de sa mère. Cette fois le thérapeute invite celle-ci à poser à un interdit à son enfant, ce que la mère accepte. Une fois l'interdiction exprimée par sa mère, l'enfant soulève son t-shirt pour toucher sa propre poitrine. Nous considérons qu'il s'agit ici d'une autre manifestation dialogique restreinte dans la mesure où l'enfant s'adresse à lui-même. Le fait de toucher sa poitrine, au lieu de toucher celle de sa mère, pourrait indiquer que l'enfant a intégré l'interdit qui vient de lui être formulé. La cible du geste est déplacée vers un objet différent, mais équivalent. Toutefois, une autre interprétation serait possible, allant dans le sens de la non différenciation du corps de l'enfant et de celui de sa mère. Dans ce cas, il est difficile de considérer que l'interdit a été compris.

Si nous acceptons les manifestations comportementales à valeur dialogique restreinte comme étant des formes non conventionnelles d'échange, il nous apparaît que les enfants autistes ont recours à ce type d'échanges assez fréquemment. Le dialogisme ou communication tangentielle doit toutefois ici être défini comme « une inflexion du comportement du sujet lié à la communication faite devant lui par un autre individu qui ne s'adresse pas à lui ».¹⁸⁰

L'analyse des vidéos d'enfants autistes nous permet d'affirmer que ceux-ci ne sont pas toujours repliés sur eux-mêmes. Ceux-ci manifestent, de manière différente, et parfois imperceptible à l'œil nu, une porosité aux échanges qui se déroulent devant eux, aux dialogues tenus devant eux, et ce d'autant plus qu'ils ne leur sont pas adressés directement. En effet, cela leur évite un sentiment d'envahissement et leur laisse la possibilité, de prendre ultérieurement part à la conversation de façon spontanée. Notons ici que ces enfants peuvent être très mobilisés par l'utilisation du pronom « on » lequel permet de contourner le besoin d'alterner les pronoms personnels « je » et

180Danon-Boileau, L., Bandelier, E., Eckert, F., Florez-Pulido, C., Leibovici, C., Soares, J., & Ylmaz, E. (2011). « La solitude du dialogique chez l'enfant autiste : Du dialogue solitaire au dialogue interactif ». Cahiers de praxématique, 57, 177-192.

« tu ». À ce jour Kevin a souvent recours à ce pronom lorsque nous lui faisons une proposition : « est-ce que tu veux dessiner, Kevin ? » « on dessine » nous répond-il, ce qui est probablement aussi à rapprocher de sa problématique de différenciation.

La gestuelle des enfants autistes tout comme d'autres réactions paralinguistiques montrent qu'ils sont sensibles au dialogue, et plus particulièrement à des parties sensibles du discours. Cette sensibilité constitue les prémices de l'apparition du registre dialogal intersubjectif. Il est nécessaire de souligner ici que la quasi-totalité de ces réactions passe par des éprouvés corporels. La réaction au dialogue est agie avant de pouvoir être exprimée par la parole. Avant l'apparition de la communication tangentielle, de la capacité à réagir en solitaire au dialogue tenu devant lui, il semblerait que l'enfant autiste puisse mimer des échanges de façon solitaire. L'observation des films familiaux atteste cette aptitude ; nous avons pu assister chez Kevin à l'apparition d'un pointage adressé à lui-même et de conversations téléphoniques fictives. Ce type de manifestation se produit avant même que l'instauration d'un échange dialogal, en face à face soit acquise. L'interlocuteur que l'enfant a en tête, qu'il soit imaginaire ou indéfini, incite l'enfant à un comportement dialogique imaginaire qui précède le dialogal. L'échange avec autrui s'avère très complexe, il reclame la gestion et l'analyse en parallèle de plusieurs éléments. Ce que les personnes à développement typique font presque sans y réfléchir, demande, chez les enfants (et les personnes autistes) un effort constant et coûteux de concentration, d'analyse et de synthèse. « Des troubles perceptifs et intégratifs des événements rapides de l'environnement humain génèrent en cascades des troubles de la compréhension, de l'imitation, de l'expression et de la communication verbales et émotionnelles ; ils peuvent ensuite entraîner un évitement relationnel et/ou des troubles du comportement réactionnels »¹⁸¹. De ce point de vue, on peut considérer que les écholalies

181Gepner, B. (2014). Autismes ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur. O. Jacob. p.115

auto adressées préparent à l'échange intersubjectif, dans la mesure où, connues de l'enfant, elles sont anticipables, stables et rassurantes. Elles sont en quelque sorte « apprivoisées » et sécurisent l'enfant quant à la quantité d'informations à traiter.

À l'inverse, chez les enfants à développement typique, c'est l'échange dialogal que nous voyons apparaître en premier lieu. Ils ne sont pas débordés par les tâches de traitement simultané des informations, et le contact face à face est plus rassurant. Chez les enfants, autistes il en va différemment ainsi que nous le montrent les deux exemples qui suivent. Dans la première séquence filmée¹⁸², une petite fille autiste mime une conversation avec un téléphone jouet. Son babil est incompréhensible, mais possède une bonne intonation. Des pauses marquées nous font penser à des tours de parole dans un dialogue imaginaire, certainement dans une évocation écholalique en différé, car cette enfant est incapable d'avoir ce type d'échange avec un interlocuteur réel.

Dans une autre séquence, nous voyons entrer cette même enfant dans son salon. Elle y voit des ballons gonflés à l'hélium que sa mère est en train d'accrocher au plafond. Étonnée de voir quelque chose d'inhabituel, la petite fille accompagne le pointage des ballons du mot « babon ». Pour nous, il s'agit bien sûr d'un pointage protodéclaratif. Cependant lorsque sa mère commence à lui expliquer que c'est pour l'anniversaire de son père, la petite quitte immédiatement la pièce. Rappelons-nous qu'une des fonctions du pointage protodéclaratif est de demander une explication, de partager sa surprise avec autrui. Lorsque la petite fille voit le ballon collé au plafond, elle ne comprend pas, et le seul moyen de sortir de cet étonnement est le recours au langage. S'étonner vient du latin populaire *extonare*, « étourdi comme par un coup de tonnerre ». Ici, tout se passe comme si l'enfant était foudroyée à l'image des ballons accrochés au plafond de sa maison.

182 Pour cette petite fille, il s'agit des vidéos familiales, gentiment transmises par les parents.

Ce fragment de l'échange nous montre que l'étonnement peut se transformer en surprise. Le rôle du milieu humain est incontournable pour l'introduction de la narrativité, ici, la mère, qui tente de contextualiser la situation par le biais du langage. Confrontée à la sidération de sa fille, la mère assume très bien la fonction alpha décrite par Bion, et lui propose un décryptage de la situation. Or, la fille se soustrait aux explications de sa mère et nous nous demandons pourquoi. Pour nous, la position physique de la mère joue un rôle puisque que celle -ci est placée face à sa fille. De ce fait, celle-ci doit traiter simultanément un grand nombre d'informations ce qui risque de la désorganiser.

Dans notre groupe de travail, Laurent Danon-Boileau avait proposé le terme de communication *tangentielle* pour parler de ce type d'échanges, terme que nous avons adopté, car il décrit bien la situation puisque l'enfant autiste, à l'instar de la tangente en géométrie (*la ligne droite qui touche une courbe à un seul point*), accède au dialogue tenu devant lui dans un point spécifique. Les exemples donnés nous montrent que ce point n'a rien d'anodin, il s'agit d'un point particulièrement sensible, souvent à connotation traumatique, de l'histoire de vie de l'enfant. Nous en déduisons que la communication tangentielle a une coloration empathique.

Chantal Lheureux Davidse estime, tout comme Danon-Boileau et ses collaborateurs, que la sensibilité de l'enfant autiste au registre dialogique est particulièrement présente lors de l'évocation de situations traumatiques, du au moins de situations vécues comme telles par l'enfant. Les participants au groupe de recherche sur les émergences du langage de la CIPPA ont souligné que lorsque certains événements traumatiques sont évoqués, cela peut entraîner l'apparition d'émergences langagières chez des personnes autistes. Chez les enfants autistes, on constate généralement que l'évocation de moment douloureux provoque au minimum une réaction tonique.

Favoriser la remémoration et l'élaboration de souvenirs traumatiques apporte un soulagement et peut aider à relancer les relations entre parents et enfant. Toutefois, « si, au cours de la thérapie, ces événements difficiles

peuvent être travaillés quand ils sont évoqués par la famille ou l'enfant, ils ne doivent pas être considérés pour autant comme l'origine de l'autisme de l'enfant. Ils ne doivent pas non plus exclusivement focaliser notre attention au risque de passer à côté des troubles sensoriels, d'une hypersensibilité, d'angoisses spatiales ou de difficultés à composer dans la relation »¹⁸³.

Pour illustrer la difficulté qu'ont enfants autistes à supporter le récit d'événements traumatiques les concernant, nous proposons dans ce qui suit, une analyse des réactions corporelles de Kevin au cours de la première consultation, et plus précisément au moment où la mère évoque des situations de séparation d'avec l'enfant : c'est à ce moment précis que l'on peut voir l'enfant se rapprocher physiquement de sa mère. Ces séquences ont été analysées en groupe et nous ont abouti à la rédaction de l'article mentionné plus haut.

La mère commence par parler de façon ambiguë des difficultés de son fils il y a des choses chez lui qui l'inquiètent, mais qu'elle finit par banaliser. L'enfant après s'être balancé sur sa chaise pendant de longues minutes, se décide à saisir les figurines ; il en donne une à sa mère et une au médecin. Il choisit le personnage masculin pour le médecin, le personnage féminin pour la mère et s'attribue le garçon, tenant compte de toutes les personnes présentes pour leur attribuer un personnage. Le médecin invente une histoire avec les différents personnages, dans le but de susciter un dialogue et d'introduire de la narrativité dans l'échange. L'enfant lui lance des regards furtifs tout en continuant à faire bouger les jambes du petit personnage pour entendre des bruits mécaniques. Au moment où le consultant évoque les difficultés des frères aînés de Kevin, celui-ci commence à toucher le visage de sa mère. Elle le repousse en disant « doucement » de façon très ferme et sèche, et l'enfant recommence à se balancer et à faire tourner son jouet pour entendre le bruit du remontoir. Il ne s'agit pas ici de juger le comportement des mères qui ont affaire à des enfants en grande difficulté, mais on peut

183 Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 61(1), 45-66.p.48

mettre en évidence que l'absence de réponse en synchronie, peut entraîner chez les mères d'enfants autistes une absence de rêverie qui se transformera en un déficit de narrativité.

Nous pensons que l'absence de narrativité et de mise en mots des affects partagés entravent le développement de l'enfant autiste. Là où les enfants à développement typique peuvent passer outre ce « ratage », pour l'enfant autiste, cela ne va faire qu'accentuer la distance entre lui et l'autre. Au bout de 25 minutes de conversation, le médecin propose de rester seul avec l'enfant. Dès qu'il voit sa mère partir, l'enfant repose les jouets sur la table et suit sa mère. Il revient avec le médecin qui lui propose des figurines afin de mettre en place un scénario. Il y a un bébé et une maman, le médecin place le bébé dans le berceau, le bébé a faim, il faut lui donner le biberon. Le médecin s'exprime par phrases courtes avec une intonation très marquée, puis il tend le biberon à l'enfant. Celui-ci est alors capable d'imiter le geste de donner le biberon au bébé. Nous voyons ici comment le discours entendu et adressé à l'enfant est important, tant par son contenu que par sa forme. Le choix des mots, l'intonation, la position lors de l'échange, sont très importants, en ce qu'ils aident à simplifier l'environnement sensoriel de l'enfant. De plus, le fait que le médecin fasse de l'enfant un partenaire de jeu symbolique étaye l'émergence de l'intersubjectivité. Le jeu ne se déroule pas comme prévu ; l'enfant continue à nourrir le bébé alors que le docteur lui dit que le bébé n'a plus faim, puis il poursuit avec les personnages de la grand-mère et du grand-père. Cet épisode n'est pas sans nous rappeler la séquence analysée plus haut, dans laquelle l'enfant cherche à toucher les seins de sa mère. Ici encore, l'enfant se tourne vers un objet semblable à l'objet interdit.

À ce moment de la séance, l'enfant ne s'est toujours pas exprimé. Il finit par tendre le biberon au médecin, puis saisit la boîte de jouets et la laisse tomber. Le médecin lui propose de nouveaux personnages, ainsi qu'une autre façon d'utiliser les personnages précédents. L'enfant se met à gratter la nappe, semblant apprécier ce bruit. Le consultant l'imité et l'enfant se fige, puis se met à gratter le sol avec ses pieds. Le médecin l'imité à

nouveau. Soudain, un personnage tombe de la table, ce qui provoque chez l'enfant une réaction d'alerte et d'orientation, sans consommation, c'est-à-dire, sans qu'il agisse sur l'objet. Le médecin propose alors d'aller chercher la mère de l'enfant lequel s'empare alors de la figurine de la maman et se lève. Le médecin lui dit : « c'est la maman du jeu, on va chercher ta maman à toi ». L'enfant se lève et suit le médecin. Nous voyons ici que le discours du médecin a fait écho chez l'enfant, qui n'a toujours aucune production langagière. De retour dans la pièce, l'enfant donne le personnage du monsieur au médecin et garde pour lui le grand-père et la maman puis s'assoit sur la chaise qu'il occupait avant le départ de sa mère.

La mère évoque l'hospitalisation d'une durée de 15 jours survenue alors que l'enfant était âgé de 2 mois pour un érythème polymorphe¹⁸⁴ dont l'origine n'a pas été établie. La mère est restée auprès de son enfant durant cette période au cours de laquelle il a beaucoup pleuré. Pendant le récit de la mère, l'enfant se remet à faire tourner les jouets. Il échange des regards furtifs avec le médecin, puis approche son jouet du bras de sa maman qui continue à parler sans remarquer la sollicitation de son fils. Alors l'enfant se fige et fixe le plafond pendant quelques minutes. Lorsque le médecin l'interroge sur ce qu'il regarde, Kevin se met debout et s'approche de sa mère pour l'entourer de ses bras. Elle lui demande ce qui se passe sans pour autant répondre au geste de l'enfant. Ceci est précisément un exemple de la difficulté qu'a la mère de narrativiser ce que vit son enfant, ce que les psychanalystes décrivent comme une difficulté d'accéder à une capacité de rêverie intérieure au sujet de son enfant. Au moment de la réalisation du film, nous ne savions pas quelle serait l'incidence de cette difficulté de la mère. Le manque de réciprocité et de synchronie dans les échanges entre une mère et son enfant est susceptible d'entraver la rêverie maternelle. Depuis notre place de thérapeute, nous comprenons la douleur des parents

184“trouble cutané inflammatoire caractérisé par l'apparition de taches cutanées rouges et surélevées, de forme concentrique, et distribuées en général symétriquement sur tout le corps”
<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutanés/hypersensibilité-et-troubles-cutanés-inflammatoires/érythème-polymorphe>

des enfants autistes, et nous essayons de les accompagner dans la relance de la rêverie.

Le médecin souligne que le désir de communication de l'enfant est sujet à des fluctuations, et que l'enfant est parfois aussi dans l'incapacité de communiquer, ce qui met en évidence le fait que parmi les difficultés auxquels les thérapeutes intervenant auprès d'enfants autistes sont confrontés, on trouve l'incapacité, ou l'absence de désir de communiquer.

Nous avons montré plus haut comment les réactions de communication tangentielle peuvent se produire, notamment lorsqu'il est question de se remémorer des situations traumatiques, telles que la rupture ou la séparation. Comme nous le dit Lheureux-Davidse : « Les facteurs de l'autisme peuvent être attribués à une complexité de facteurs neuro-développementaux, génétiques et environnementaux. Nous ne devons pas pour autant faire l'économie d'un travail clinique sur les contextes traumatiques ou de rupture, lorsqu'ils existent, comme nous veillons à le faire avec des enfants non autistes, même si ces contextes ne sont pas à l'origine de l'autisme de l'enfant »¹⁸⁵. Il est très important de pouvoir mettre en mots ces souvenirs sensibles de la vie de l'enfant et d'accompagner les parents et l'enfant dans l'évocation des éléments traumatiques ou douloureux, et d'observer la réaction de l'enfant. Ainsi sera-t-il possible, un jour, de rétablir une communication intrafamiliale harmonieuse. Tout cela doit se faire progressivement, sans brusquerie, étant entendu que cela ne constitue pas le cœur de la prise en charge de l'enfant autiste. Nous nous permettons d'insister sur le fait qu'une des choses les plus difficiles dans la relation parent/ l'enfant, ou thérapeute/enfant dans l'autisme est d'accéder à la capacité de rêverie telle que théorisée par Bion.

Nous estimons quant à nous qu'à l'instar de la communication tangentielle, le regard périphérique, doit être considéré dans certaines circonstances comme une marque de l'attention conjointe. Autrement dit,

185Lheureux-Davidse, C. (2018). « Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif ». *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(1), 45-66. p. 63.

chez les enfants autistes la manifestation de l'attention conjointe peut passer par un regard périphérique. L'enfant est souvent intéressé par ce que nous faisons sans pouvoir regarder en face en même temps qu'il nous écoute de façon attentive. Toutefois, l'utilisation de la vision périphérique est plus difficile à repérer dans l'échange de tous les jours, et le thérapeute avisé doit porter son attention sur la direction du regard et sur sa qualité éventuelle d'attention conjointe.

Toutes les approches thérapeutiques n'ont pas cette vision des choses. Ainsi, dans les thérapies comportementales, le regard périphérique est à bannir au même titre que les productions écholaliques. Comme nous venons de le dire, nous pensons au contraire que les regards en périphérie peuvent être porteurs d'un désir d'attention conjointe, de partage avec l'autre, d'intersubjectivité. Obliger un enfant autiste à regarder de face entraîne pour lui une surcharge de stimuli visuels, ce qui le fatigue et l'empêche d'être attentif à une information auditive en raison du démantèlement sensoriel qui se produit alors. Un enfant autiste ne peut pas toujours regarder et écouter en même temps, et il est regrettable de ne pas tenir compte de ses troubles sensoriels au profit d'objectifs de socialisation, ce qu'ont précisément tendance à faire les thérapies comportementales. Nous pensons au contraire qu'il est essentiel d'entrer en relation avec un enfant à son rythme et selon les modalités qui lui conviennent.

Passons à une autre séquence vidéo du début du traitement de Kevin. L'enfant la mère de l'enfant, le médecin consultant et le thérapeute qui va s'occuper de l'enfant sont présents. La situation est la suivante : l'enfant joue par terre avec des barrières en plastique. Le thérapeute qui se trouve légèrement en arrière et en diagonale par rapport à lui, demande à l'enfant de lui donner une barrière, en lui tendant la main. L'enfant, qui perçoit ce geste grâce à sa vision périphérique, se tourne alors vers le thérapeute : un échange se met en place.

Au moment même où la mère évoque les raisons pour lesquelles elle ne croyait pas que son fils allait jouer avec le nouveau thérapeute, l'enfant

vient la solliciter pour donner un parapluie à la figurine, comme pour lui dire « tu vois maman, je peux jouer ! Je sais jouer ! Le médecin crée une histoire à partir de ce que propose l'enfant : « peut-être que la dame avec le parapluie va chercher son fils à l'école », l'enfant répète à trois reprises en écholalie immédiate « avec le parapluie ». Il nous apparaît alors que le parapluie représente pour lui quelque chose de très important, mais qui nous échappe encore au moment où la consultation est filmée. Par la suite, nous avons appris que Kevin, qui déteste se sentir mouillé, est un enfant très angoissé par la pluie et que la regarder tomber peut déclencher chez lui des angoisses corporelles de liquéfaction. Ainsi, pendant les longues années de traitement qui ont suivi nous avons pu constater que les jours d'intempéries Kevin ne se trouvait pas en situation de venir à ses séances, et aussi qu'il portait des bottes en toute saison pour se protéger d'une averse éventuelle. Nous avons alors compris l'importance que revêtait pour lui la présence du parapluie jouet, à savoir l'équivalent symbolique d'un pare-excitation destiné à lui éviter de vivre une désorganisation corporelle. Nous avons également remarqué que cet enfant peut supporter de regarder la pluie tomber lorsqu'il est à l'intérieur. Dans ces moments, il sollicite l'adulte et son mouvement de demande d'attention conjointe est incontestable : il s'intéresse aux commentaires de l'adulte et peut en ajouter à son tour.

À un autre moment du film, l'enfant prend des figurines et les aligne. Là où d'autres voient simplement des personnages alignés, le thérapeute comprend qu'il s'agit d'une famille, ce qu'il partage avec l'enfant. Le thérapeute et le médecin s'adressent à la mère, lui faisant remarquer qu'elle a l'air songeur, l'enfant se met alors à sauter et à crier joyeusement, comme pour sortir sa mère de sa rêverie mélancolique. Ensuite, l'enfant se désorganise corporellement, en particulier lorsque le médecin demande à la mère ce qu'elle pense des progrès et des difficultés de l'enfant, et du fait que celui-ci a besoin d'être accompagné. Ce passage nous marque à nouveau pour nous la sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui.

Nous estimons que la communication tangentielle étaye l'émergence de l'enfant autiste dans le langage. La communication tangentielle peut se manifester avant l'apparition du langage. L'analyse de la communication non verbale nous montre comment, par le biais des micro signes, des échanges très subtils témoignent de la sensibilité de l'enfant autiste au discours tenu de devant lui. En les analysant, nous avons défini trois catégories pour classer les manifestations tangentielles emphatiques. Celles-ci peuvent être d'ordre tonique, visuel ou verbal. Ces deux dernières sont les plus difficiles à repérer et la vidéo nous a été utile à cet égard.

- 1- Dans le cas des réponses toniques ou archaïques, l'intérêt que porte l'enfant au dialogue se manifeste par des changements de posture et de tonus.
- 2- En ce qui concerne les réponses visuelles, le contenu du dialogue détermine vers qui le regard de l'enfant va se porter.
- 3- Les réponses verbales quant à elles sont la plupart du temps des énoncés écholaliques immédiats.

Ces réponses constituent un bon indice de la possibilité de récupération langagière des enfants autistes. C'est ainsi, « in extremis » que les enfants autistes peuvent manifester leur empathie, lorsque le contenu du discours fait allusion à un moment difficile. L'empathie vient donc incarner ce désir, mal exprimé, de communication, de partage et de volonté de signaler sa présence à l'autre, d'être entendu dans un échange parfois silencieux.

Il ne s'agit pas ici pour nous de comptabiliser le nombre de fois où les enfants autistes ont manifesté des réactions paradoxales au dialogue tenu devant eux, mais plutôt de mettre en évidence l'existence de micro signes de communication et de nous astreindre à les observer dans notre clinique quotidienne.

Admettre le postulat de l'existence d'une communication tangentielle revient pour nous à venir à l'encontre de ce qui a été dit pendant de nombreuses années à savoir que l'enfant autiste ne serait pas désireux de communiquer, ni sensible à la communication et au langage. Nous pensons au contraire qu'il est hypersensible à ce qui se passe autour de lui, et notamment aux échanges langagiers, mais qu'il n'a pas les moyens de manifester son intérêt.

Donald Meltzer considère que cinq facteurs fondamentaux président au développement de la parole et à son investissement dans la relation avec autrui :

- « 1. La capacité de former des pensées de rêve propres à leur transformation en langage [...]
- 2- La capacité d'accomplir cette transformation au moyen de l'identification à des objets parlants à travers la musique de la grammaire profonde [...]
- 3- Les processus de vocalisation dans le jeu avec les mots requis pour la construction d'un vocabulaire propre à la communication au sujet du monde extérieur et pour l'habileté à superposer cette structure lexicale du discours superficiel à la base musicale du discours profond [...]
- 4- L'appréhension d'objets externes ayant des qualités de réalité psychique qui en fassent un auditoire convenable.
- 5- Un désir de communiquer des états mentaux et une information à d'autres personnes »¹⁸⁶

Les réactions que nous avons observées de la part d'enfants autistes, confrontés au discours tenu par les adultes devant eux correspondent aux deux premières catégories. Les écholalies correspondent aux trois dernières.

186Meltzer, D. (2002). Explorations dans le monde de l'autisme. Payot & Rivages. P 256.

Suffisamment étayées, elles pourront même donner un aspect ludique aux échanges.

Schématiquement, la façon qu'a l'enfant autiste de manifester son intérêt pour le dialogue intersubjectif apparaît de la manière suivante : en premier lieu apparaissent les manifestations de communication tangentielle empathique par les moyens que nous venons d'énoncer ; les productions écholaliques sont ensuite de plus en plus utilisées - notons que les écholalies différées sont la marque d'un langage verbal intersubjectif bien plus conforme et moins tangentiel - avec pour finir, l'apparition d'une production écholalique générée par l'enfant qui est à comprendre comme une écholalie différée à laquelle l'enfant commence à apporter des modifications, pour aboutir à l'émergence d'un langage moins figé. Cet accès à un échange langagier moins contraint ne peut être obtenu qu'avec l'étayage d'autrui et de l'attention qu'il portera aux micro signes de communication tangentielle et aux remaniements apportés par l'enfant à ses productions écholaliques. À l'instar des bébés, les enfants autistes ont besoin d'être étayés et encouragés dans leurs premières productions langagières même si celles-ci peuvent paraître étranges. Bien entendu, ces premières émergences sont peu conformes aux règles linguistiques, même si elles font état, pour la plupart, d'une intention communicative liée à l'appétence pour l'intersubjectivité et le partage avec autrui. De notre point de vue, on doit les comprendre également comme le désir d'exprimer des angoisses, des peurs, des pensées inquiétantes. Nous considérons que lorsque les écholalies ne servent pas à communiquer de manière formelle, elles peuvent avoir une fonction régulatrice d'exutoire des tensions corporelles.

Nous pouvons affirmer que l'enfant autiste n'est pas hermétique au dialogue, mais que ce sont les conditions nécessaires à l'établissement d'un dialogue ordinaire qui lui posent problème. En effet, les gestes, les productions vocales, la direction du regard, l'ajustement en permanence au contenu du dialogue d'autrui, doivent être gérés de façon simultanée. Dans le chapitre 1, les prémisses nosographiques de notre recherche, nous avons vu

que les enfants décrits par Kanner répétaient des listes, des prières, des comptines, l'alphabet, etc. En fait, il s'agit d'énoncés linguistiques parfaitement stables, qui ne varient pas, et que l'enfant peut contrôler et anticiper sans se soucier d'y apporter des modifications, et qui ne nécessitent aucune adaptation. Or on sait combien, pour eux, l'immutabilité est source de réassurance.

Le démantèlement sensoriel décrit par Meltzer, fait que chez les enfants autistes, le moi est cloisonné en chacune de ses capacités sensorielles, « le voir, le toucher, l'entendre, le sentir, etc., et par là même, partant d'un objet de type "sens commun" (Bion), le réduisent en une multiplicité d'événements unisensoriels dans lesquels animé et inanimé deviennent indistinguables »¹⁸⁷. Ainsi l'enfant autiste peut-il être uniquement à la recherche d'une stimulation tactile sans lier celle-ci à une perception représentable ressentie par autrui. D'où l'importance d'une prise en charge corporelle visant à aider l'enfant à unifier ses sensations via la multimodalité sensorielle, car nous considérons que le démantèlement sensoriel a des répercussions néfastes pour l'échange intersubjectif.

Le principe de communication tangentielle nous paraît alors apporter un éclairage sur la façon paradoxale que les enfants autistes peuvent avoir de réagir au dialogue, et sur les potentialités d'apparition du langage. Il nous permet de comprendre comment le dialogue solitaire ou tangentiel, dans lequel l'autre n'est présent que de façon distante et maîtrisée est possible, et comment l'échange dialogal marqué par le face à face et l'alternance des tours de parole présente plus de difficultés pour l'enfant autiste. Nous considérons que les productions écholaliques peuvent servir de jonction entre le dialogue solitaire et l'échange dialogal. Dans un gradient de progression, nous pouvons penser que l'enfant autiste qui manifeste une communication tangentielle sera en mesure, à la condition d'être étayé par son entourage familial et thérapeutique, d'utiliser l'écholalie et le pointage auto-adressés pour « s'entraîner » à l'échange avec autrui. Le thérapeute a

187Meltzer, D. (2002). Explorations dans le monde de l'autisme. Payot & Rivages. P 25

pour tâche d'accompagner ce passage : « dans le travail thérapeutique, il s'agit constamment de faire glisser le jeu d'une situation solitaire à une situation où l'adulte se cale sur le rythme (de l'enfant), pour parvenir enfin à une situation où il peut y avoir véritablement alternance. C'est à ce point que la reconquête de l'intersubjectivité primaire peut être atteinte »¹⁸⁸. Autrement dit, le passage par les écholalies et leur transformation dans l'échange avec un adulte sensibilisé aux particularités du langage des enfants autistes participe à la reconquête de l'intersubjectivité primaire.

¹⁸⁸Danon-Boileau, L., Bandelier, E., Eckert, F., Florez-Pulido, C., Leibovici, C., Soares, J., & Ylmaz, E. (2011). La solitude du dialogique chez l'enfant autiste : Du dialogue solitaire au dialogue interactif. Cahiers de praxématique, 57, 177-192. p 185

4. OBSERVATIONS CLINIQUES AUTOUR DES DIFFERENTS TYPES D'ECHANGE AVEC LES ENFANTS AUTISTES ET LA PLACE QUE L'ECHOLALIE Y OCCUPE

4.1. Quelle place pouvons-nous attribuer à Nao, un robot Humanoïde, en séance de psychothérapie avec les enfants autistes?

L'utilisation du robot humanoïde Nao au cours des séances de psychothérapie que nous avons eu l'occasion de filmer à l'occasion d'un stage a nourri notre intérêt pour les productions écholaliques. Cette dernière décennie, chercheurs et thérapeutes intervenant auprès d'enfants relevant du domaine des troubles du spectre autistique se sont grandement intéressés à l'utilisation des TIC (Technologies de l'information et de la communication) et de la robotique. Les robots s'invitent désormais dans les salles de classe où ils sont utilisés comme « compagnons » ou comme médiateurs pour apprendre aux enfants autistes la programmation informatique. Les soignants et les personnes qui s'occupent d'enfants autistes placent de grandes espérances dans l'utilisation des robots, ainsi, « certains proposeraient (le robot) dans une perspective à moyen terme très optimiste que le robot pourrait être un agent diagnostique, un compagnon de jeu, un médiateur social, un actant social, un renforçateur de comportement spécifique, voire un thérapeute personnalisé¹⁸⁹ ». Dans cette perspective, certains chercheurs apprennent au robot Nao à déchiffrer les émotions dans les mimiques et dans les indices acoustiques liés aux variations vocales.

Nous nous sommes intéressés au lien possible entre la robotique et la prise en charge de l'enfant autiste, mais d'une façon singulière. Les robots sont utilisés par nos collègues chercheurs soit dans des buts éducatifs, soit

189Cohen, D ; (2017). « Autisme, jeux sérieux et robotique : réalité tangible ou abus de langage ? » p. 8.

dans le cadre de protocoles expérimentaux testés en laboratoire¹⁹⁰. Nous avons quant à nous choisi d'utiliser un robot au cours de séances de psychothérapie, avec l'idée qu'une *désorganisation aléatoire programmée* de l'échange instauré entre l'enfant et le robot pourrait amener l'enfant à solliciter l'adulte. Notre perspective était celle d'une expérimentation clinique dégagée de toute problématique de mesure ou de rééducation, à laquelle l'utilisation d'un robot était jusque-là réservée, pour l'étendre au cadre de la psychothérapie avec des enfants avec autisme de type Kanner. Notre but était d'observer les réactions déclenchées par l'irruption d'une modification venant interrompre la régularité dans l'échange habituel que les enfants pouvaient avoir avec le robot.

4.1.1 Pourquoi un robot?

Comme nous le savons, l'un des problèmes de communication majeurs des enfants souffrant d'autisme se manifeste, d'une part, par une grande difficulté à établir une interaction alternée régulière (de type « à toi/à moi », ou encore « tiens/donne »), d'autre part par la mise en place compliquée de l'attention conjointe autour d'un objet du monde environnant, source de trouble ou de questionnement. Or, l'attention conjointe se révèle être la base indispensable du dialogue et de l'échange intersubjectif. Notre hypothèse était que le robot aiderait au développement des fonctions exécutives, souvent difficiles pour les enfants autistes (anticipation, planification et réalisation d'une séquence de gestes notamment), au service de la relation avec l'adulte, et qu'il faciliterait l'imitation, indispensable aux apprentissages et à la cognition. Enfin et surtout, nous estimions que le robot pourrait capter l'attention de tous, suscitant chez l'enfant autiste un étonnement facilement partageable.

¹⁹⁰http://michelangelo-project.eu/images/michelangelo/papers/Interactive_Technologies_for_Austistic_Children.pdf

En amont de la mise en place des échanges entre le robot et les enfants, notre idée était que l'imitation alternée pourrait être plus simple avec un robot qu'avec un être humain dans la mesure où les flux sensoriels émis par le robot sont moins riches et plus réguliers que ceux émis par un être humain. De plus, ils sont plus facilement repérables par l'enfant, donc plus prévisibles, plus facilement imitables et d'une appropriation plus aisée. Ultérieurement, le robot pourrait également devenir un moyen de réaliser un gradient des afférences sensorielles reçues par les enfants autistes, afin d'éviter un démantèlement sensoriel risquant d'aboutir à une rupture de la communication. La mise en place de l'alternance lors des échanges avec le robot, constituerait alors une manière de prélude la possibilité d'un dialogue alterné avec autrui.

L'expérience clinique nous montre que l'introduction d'une perturbation au cours d'un jeu alterné entraîne chez l'enfant autiste une réaction de sollicitation de l'adulte. Comme nous l'avons vu dans le chapitre « La sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui ; des micro-variations qui précèdent l'émergence du langage », cette réaction peut se manifester par un simple regard adressé. Celle-ci peut évoluer en attention conjointe et en échange intersubjectif, à condition qu'elle soit repérée et reprise par le thérapeute. Ainsi, une interruption dans un échange bien instauré, peut être le point de départ d'un échange partageable et représentable autour de l'étonnement. L'étonnement partagé devient surprise et la surprise est plus facilement représentable par l'enfant que l'étonnement, lequel est surtout associé à un état de sidération. Tout se passe comme si l'enfant, confronté à la rupture de l'échange, adressait un regard à l'adulte qui se trouve à côté de lui pour demander le rétablissement de l'échange dans sa forme initiale, déjà connue de lui. C'est dans cet état d'esprit que nous avons conçu la programmation du robot de façon à ce que soient générées des ruptures dans l'échange avec l'enfant.

Initialement, notre projet était que le robot propose à l'enfant un échange simple et répétitif, assimilable à une stéréotypie. Nous savons par expérience qu'un mouvement répétitif de ce type est très susceptible d'attirer l'attention de l'enfant (tourner en rond, taper des mains etc.). Après un temps d'habituation, nous avons souhaité introduire une variation dans le comportement du robot, voire une interruption de l'échange. Notre idée était qu'une variation pourrait amener l'enfant à solliciter l'adulte par le regard, le geste, le toucher ou même la parole pour chercher à obtenir le rétablissement de la situation initiale. Nous réaliserions alors les conditions préalables à l'établissement de l'attention conjointe, premier pas vers l'émergence du langage et de l'échange intersubjectif. Nous étions également curieux de voir si l'enfant allait reprendre en écholalie les consignes du robot.

En psychomotricité, la clinique nous apprend que le recours à une médiation facilite la communication avec l'enfant autiste. De ce point de vue, nous avons considéré l'utilisation d'un robot comme une médiation permettant interaction bien plus cadrée qu'un échange ordinaire avec autrui. L'aspect simple du robot et ses comportements répétitifs permettent à l'enfant de s'habituer à l'échange avec autrui. Il lui devient possible d'anticiper les réactions du robot ce qui facilitera par la suite l'introduction de variations.

En 2013, nous avons reçu un financement de la Fondation Costa de Beauregard pour soutenir le projet d'achat de robots destinés aux échanges avec les enfants autistes. Ce financement a permis l'acquisition d'un robot humanoïde Nao T14 mis sur le marché par la société française Aldebaran Robotics, aujourd'hui appelée Softbank Robotics ¹⁹¹. Depuis la version 2013, le robot NAO a beaucoup évolué.

191 <https://www.softbankrobotics.com/emea/fr>



Figure 5 Le robot Nao T14

Comme on peut le voir sur l'image ci-dessus, le modèle Nao T14 est un simple buste. Nous avons préféré le robot-buste au modèle complet, plus instable et aux mouvements plus brusques. Ce modèle nous a paru particulièrement adapté aux enfants autistes. Ses caractéristiques techniques sont les suivantes : la tête est pourvue de 4 microphones 48kHz 16 bits, 2 haut-parleurs 48kHz 16 bits, 2 caméras 1280x960 Pixels, 2 émetteurs récepteurs infrarouges, 2x8 LEDs RGB pour les yeux, 2x10 LEDs bleues pour les oreilles, 2 moteurs coreless et capteurs pour le mouvement de la tête, 1 processeur Intel ATOM 1,6GHz avec 1GB de RAM et 2GB de mémoire Flash. Sur le torse il dispose de 2 sonars (2 émetteurs et 2 récepteurs) 1 centrale inertielle (Accéléromètre 3-axes, Gyromètre 2-axes), 1 LED RGB et 1 bouton On/Off, 1 Batterie Lithium/Ion, 2x5 moteurs coreless ainsi que de capteurs pour le mouvement des bras. Au niveau des mains il est outillé de 2x1 mécanismes de préhension pour le mouvement des doigts.¹⁹²

Ses caractéristiques particulières lui permettent de reconnaître les visages et les images ; il peut bouger la tête et les bras, écouter, parler et recevoir des informations tactiles et visuelles. Nous avons choisi également de le programmer pour que son débit de parole soit ralenti. Nous avons choisi de placer le robot entre l'enfant et l'adulte, dans une disposition évitant le face-à-face. Dans cette configuration, le partage autour de

¹⁹² <http://roboteknologie.weebly.com/uploads/2/6/8/0/26804295/robot-humanoide-nao-erm-fr.pdf>

l'attention portée à un objet - le robot dans le cas présent - est facilité en ce qu'il est moins invasif.

Des échanges avec le robot Nao T14 ont été proposés à des enfants autistes dans leur cadre habituel de thérapie. Nos observations ont pu prendre place dans un espace thérapeutique rassurant déjà investi par les enfants. Le choix d'un environnement familier a été propice à l'introduction du robot comme élément nouveau.

Filmer les séances nous a permis d'étudier en détail les micro-variations qui précèdent l'émergence du langage, lesquelles passent parfois inaperçues dans le vif de l'échange thérapeutique. La vidéo nous offre la possibilité de prendre en compte le contexte d'apparition et la pertinence des micro-variations. Chaque enregistrement a été découpé en petites séquences pour en permettre l'analyse.

Dans cette partie de notre recherche, nous cherchons à montrer comment deux enfants autistes Asma et Kevin se sont organisés dans cet échange particulier. Chacun de ces enfants s'est vu proposer deux séances de jeu avec Nao à six mois d'intervalle. Nous avons porté notre attention sur le recours au pointage, les possibilités d'accordage, la mise en place de stratégies d'anticipation, ainsi que sur le désir de communication de l'enfant, centré sur l'attention conjointe et le partage émotionnel, sans oublier bien sûr l'apparition de productions écholaliques.

Nous avons également effectué en parallèle une comparaison avec des enfants tout-venant placés dans une situation semblable.

Nous avons cherché à identifier les capacités d'adaptation de l'enfant autiste dans ses interactions avec Nao ainsi que son évolution en diachronie et synchronie le conduisant éventuellement à instaurer un échange intersubjectif. Nous nous sommes posé la question suivante : comment l'enfant autiste est lui-même d'habitude, et comment se comporte-t-il avec autrui en présence du robot ?

Le fait de se trouver face à un robot amène les enfants à s'appuyer sur son entourage, ici les thérapeutes, pour se rassurer et garantir la continuité. Comme nous l'avons vu dans le chapitre portant sur la construction corporelle dans l'autisme, avant de pouvoir se représenter une situation, l'enfant autiste a besoin de l'étayage du milieu humain pour parvenir à la simplifier et à la comprendre. Cette condition étant réalisée, l'enfant autiste a la possibilité d'anticiper des situations similaires, de les partager et de se les représenter, c'est-à-dire d'éviter une désorganisation tonico-émotionnelle. L'échange intersubjectif suppose l'existence d'un imaginaire partageable et partagé. Il va sans dire que nous, thérapeute, ne pouvons espérer que l'intersubjectivité émerge chez l'enfant autiste si nous ne le croyons pas déjà sensible à ce type d'échange.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous n'avons à aucun moment recherché une performance de la part de l'enfant, il s'agissait d'avoir recours à une médiation attrayante pour favoriser l'attention conjointe. La capacité du robot à associer voix et mouvement en trois dimensions nous semblait être un atout.

Nao et la réduction des stimuli ou la dé-complexification

Le robot Nao est utilisé comme facteur extérieur de réduction des stimuli par simplification des modulations de la voix et diminution des flux sensoriels, afin de faciliter leur traitement. En effet, l'abaissement des flux sensoriels rend l'enfant autiste plus disponible à l'échange intersubjectif. Bruno Gepner a bien décrit ce phénomène sous le nom de « Désordres du traitement temporo-spatial des flux multi sensoriels », pour rendre compte du fait que « les anomalies de traitement perceptif des événements sensoriels rapides ne concernent pas seulement la vision, mais aussi d'autres modalités sensorielles, en particulier l'audition et la proprioception »¹⁹³

¹⁹³Gepner B. (2014). Autismes ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur. Paris: O. Jacob, p. 94

Prenons l'exemple de la voix : au contraire de ce qui se passe avec la voix humaine, les caractéristiques intonatives de la voix de Nao demeurent inchangées quelle que soit la réponse de l'enfant. L'utilisation de Nao favorise donc l'émergence d'une co-modalité sensorielle plus facile à traiter.

4.1.2 La proposition d'échange avec Nao

Nous avons proposé aux enfants autistes de jouer avec le robot. Nos critères portaient sur un jeu suffisamment original et surprenant pour attirer l'attention de l'enfant. Il devait également être suffisamment répétitif pour permettre à l'enfant d'observer et de s'habituer à la structure de l'échange, aux réponses du robot, et à la règle du jeu. Autrement dit, ce jeu devait favoriser l'extraction d'invariants et l'anticipation. Nous avions dans l'idée qu'il serait très facile d'implémenter un tel jeu dans le robot, mais comme il arrive régulièrement dans l'emploi de dispositifs à la technologie sophistiquée, le robot a connu des dysfonctionnements et s'est bloqué de façon intempestive, empêchant la poursuite de l'échange. Notre intérêt s'est alors porté sur l'évaluation de la réaction de l'enfant face à cette interruption inopinée. Allait-il se rendre compte du changement dans l'échange avec le robot ? Si oui, allait-il solliciter l'adulte ? Lui demanderait-il son aide pour restaurer les conditions initiales de l'échange ?

Nous avons donc été contraints d'intégrer les pannes imprévues du robot à notre dispositif. De plus, nous avons également rencontré un certain nombre de difficultés avec la programmation de Nao. Le robot Nao fonctionne avec le langage de programmation Python ou C++ que nous ne maîtrisons pas. Mais avec beaucoup de patience et à l'aide du logiciel Chorégraphe, nous sommes parvenus à réaliser une panoplie de jeux basiques que nous avons enrichie avec un jeu de cartes représentant des animaux, proposé par les créateurs du robot.

Les réactions des enfants sont décrites dans ce qui suit, mais nous avons eu la surprise de constater que les pannes du robot ont également provoqué un certain nombre de réactions chez les thérapeutes.

4.1.3 Les jeux de Nao

1. Le jeu de cartes des animaux

Le jeu se passe de la façon suivante : des cartes représentant des animaux en noir et blanc¹⁹⁴ (cochon, poulet, vache, chien, chat, cheval) sont disposées devant l'enfant sur une surface plane. Le robot donne des consignes à l'enfant, s'assure qu'il les a bien comprises et qu'il est prêt à commencer en lui posant la question. Si l'enfant répond « oui » le robot poursuit : « Trouve-moi la carte du (un nom d'animal est proposé de façon aléatoire), Cherche l'image ! ». S'ensuit un temps de latence permettant à l'enfant de chercher la carte demandée pendant lequel on peut entendre une musique en en arrière-fond. Une fois le temps écoulé, la musique s'arrête et le robot dit à l'enfant : « Le temps est écoulé, fais-moi voir la carte que tu as choisie ». L'enfant doit alors prendre la carte et la montrer à Nao, en faisant bien attention de la placer devant les yeux du robot. S'il s'agit bien de la carte demandée le robot dit « bravo », et fait le geste d'applaudir, accompagné par des applaudissements enregistrés. Si au contraire, la carte n'est pas la bonne, le robot dit « désolé, ce n'est pas l'image que j'ai demandée » et il répète la demande initiale. Après chaque réponse correcte, le robot interroge l'enfant sur son intention de continuer l'échange. L'enfant doit répondre par oui ou non. Si l'enfant décide d'arrêter le jeu, le robot donne à l'enfant le score obtenu, c'est-à-dire le nombre de réponses bonnes et fausses. Ce qui nous a paru intéressant dans ce jeu est qu'il offre le moyen d'introduire une variation (le changement de carte) à partir d'une forme extrêmement répétitive.

¹⁹⁴Dans la version plus récente du jeu, les cartes sont en couleur.

2. Le Jeu de « touche ma main » :

C'est un des jeux que nous avons réussi à créer spécifiquement pour l'utilisation du Nao dans le travail auprès d'enfants autistes. Nous avons souhaité différencier les mains du robot en collant sur une gommette de couleur verte pour la main droite et rouge pour la main gauche. Le robot demande de façon aléatoire à l'enfant de toucher soit sa main du côté vert, sa main du côté rouge, n'importe quelle main ou bien encore sa tête. Nao étant pourvu de capteurs tactiles à ces différents endroits, il est en mesure de dire « bravo » lorsque l'enfant réussit, ou de reformuler la même demande lorsque l'enfant se trompe. Les références spatiales de l'enfant autiste étant plutôt égocentrées, nous avons voulu introduire la proposition « touche ma main » pour enrichir la dimension purement ludique du jeu, puisqu'alors l'enfant peut toucher indifféremment l'une ou l'autre des deux mains du robot sans craindre de se tromper. Nous avons décidé de placer des gommettes pour épargner à l'enfant la prise en compte de la latéralité allocentrée basée sur le point de vue spatial de l'autre

3. Le Jeu de coucou :

Dans ce jeu le robot cache son visage dans ses mains, et il est demandé à l'enfant de l'imiter en disant « un, deux, trois, à toi ». La caméra du robot est capable de détecter si le visage a été dissimulé. Au bout de quelques secondes, si l'enfant n'a pas caché ses yeux, le robot le relance. Ce jeu est très semblable au jeu de « coucou le voilà » très largement utilisé avec les très jeunes enfants. Pour autant, il n'est pas si anodin puisqu'il prépare à l'alternance des tours de parole du registre dialogal et introduit la dimension de l'absence et de la continuité. Or, comme nous l'avons mentionné plus haut, les enfants autistes ont tendance à utiliser d'emblée ce registre au moment de l'émergence du langage.

Tels sont les trois les trois jeux qui ont été proposés aux enfants au cours des séances avec Nao. Nous nous permettons de rappeler ici qu'un de nos objectifs était celui d'observer les réactions de l'enfant lorsqu'un événement vient interrompre une période de régularité dans le jeu et les échanges avec le robot. Nous avons été confrontés à plusieurs reprises aux dysfonctionnements du robot. Ainsi, dans le jeu de cartes des animaux, il est parfois arrivé que le robot ne reconnaisse pas la carte que l'enfant lui présentait, ou bien qu'il n'entende pas la réponse donnée par l'enfant. Nao ne parvenait pas toujours à identifier la voix très aigüe des enfants, et il est parfois resté totalement à l'arrêt.

4.1.4 Les réactions des trois enfants aux propositions du robot Nao

1. Asma

Asma cherche le regard de l'adulte dès que le robot s'arrête de parler alors que d'ordinaire elle le fuit. En comparaison avec les autres enfants, c'est elle qui prend le plus de temps pour répondre. Elle observe le robot avec un grande concentration. Son langage, pourtant très écholalique, ne comporte pas la reprise des propositions du robot. Sans doute n'en a-t-elle pas besoin puisqu'elle comprend les énoncés dont nous avons pris le soin de ralentir le débit. Face au robot, Asma se montre surprise mais ne manifeste pas d'étonnement désorganisateur. Elle est capable d'imiter le robot avec notre aide. Sa capacité à profiter de l'étayage de son entourage nous donne à penser qu'il existe chez elle la capacité d'accéder à une théorie de l'esprit et à l'empathie.

Lors du jeu de coucou, elle garde les mains sur les yeux, attendant une réponse de la part du robot. Malheureusement il se bloque et Asma reste un temps immobile. A notre grande surprise, Asma, qui d'ordinaire se tourne volontiers vers sa mère ou vers ses thérapeutes, se dirige vers nous, donnant à penser que, bien que ne nous connaissant pas, elle a bien compris que le

robot fonctionnait grâce aux commandes activées par nous à partir d'un ordinateur. Tout porte à croire qu'elle a compris qu'il existe un lien entre notre présence et le robot. Elle a compris que le robot n'était pas une entité autonome mais une machine contrôlée par l'humain.

Alors que Nao subissait une panne inopinée, Asma s'est amusé à apporter des variations au « oui » qu'elle venait d'adresser au robot et qu'il n'avait pas pu enregistrer. Nous nous sommes immédiatement interrogés pour savoir si cela ne constituait pas une piste pour soutenir ses capacités de communication, et par là, son accès à l'intersubjectivité.

Voyons quelques exemples des énoncés produits par Asma.:

a) La chèvre

C'est le premier jeu que nous proposons à A. lors de sa première rencontre avec le robot. Une fois les modalités du jeu expliquées, nous faisons démarrer le jeu. A. se montre très attentive. La carte représentant la chèvre est demandée. Lorsque le robot invite l'enfant à chercher cette carte, A. dit « la chèvre », pointe la carte et saisit la main de son thérapeute pour qu'il prenne la carte. Nous considérons qu'il s'agit ici d'une écholalie pouvant rentrer dans la catégorie 11 de Prizant, à savoir une écholalie interactive destiné à exprimer une affirmation.

b) À tes souhaits !

Le jeu de cartes se poursuit. Asma présente la carte au robot, puis elle éternue, et dit « à tes souhaits ». Nous pensons qu'il s'agit ici d'un énoncé écholalique, une reprise tirée d'un échange antérieur dans une autre situation. Dans un échange banal, ce n'est pas la même personne qui éternue et qui dit « à tes souhaits ». Dans notre exemple, Asma assume les deux rôles de l'échange dialogal dans un seul tour de parole, elle est à la fois « locuteur » et « colocuteur », et nous avons vu

comment ce type d'énoncés auto-adressés préparent l'enfant autiste au dialogue intersubjectif.

c) Il s'est cassé le jeu/Il s'est cassé les yeux

Les difficultés de prononciation dont souffre cette petite fille ne nous permettent pas savoir de quel mot il s'agit, mais ce qui est intéressant est qu'elle peut constater que les yeux ne bougent¹⁹⁵ plus lorsque le robot est silencieux. Asma se lève pour s'adresser à l'un des thérapeutes, elle lui adresse cette phrase en le regardant directement dans les yeux. Puis elle se lève pour ouvrir la porte, ce que nous comprenons comme une tentative pour maîtriser le débordement causé par la panne du robot. Cet exemple n'est pas sans nous rappeler la séquence des ballons¹⁹⁶. Asma sollicite franchement l'adulte, pour partager son étonnement, mais n'attend pas le commentaire de l'adulte destiné à le transformer en surprise et à le rendre ainsi partageable.

d) Oh, oh

Le robot est placé sur une table basse au milieu de bureau. Les participants s'asseyent autour. Le jeu de cartes démarre, l'enfant a compris les consignes. Elle est si pressée que la carte lui échappe des mains. Elle dit « oh, oh ! » pour exprimer sa surprise. *A priori* nous pouvons penser qu'il s'agit d'une écholalie. En fait son expression faciale, ne change pas, mais on reconnaît dans les exclamations d'Asma la marque de la surprise. En tout état de cause, il s'agit d'un énoncé adapté à la situation. Notons ici que Asma n'a pas respecté le temps de latence puisqu'elle a posé la carte devant le robot sans attendre.

e) Rouge et vert

195 Les lumières Led des yeux clignotent, pour donner plus d'expression au robot.

196Cf. chapitre «la sensibilité de l'enfant autiste au dialogue tenu devant lui, des micro changements qui précèdent l'échange ».

Cette séquence est en lien avec la séance précédente. Le thérapeute demande à Asma si elle souhaite changer de jeu, mais elle préfère poursuivre le jeu en cours. Asma a trouvé la bonne carte, qu'elle place devant les yeux du robot sans attendre la fin du temps de latence. Vingt secondes plus tard, elle touche les gommettes placées sur les bras du robot et dit « rouge et vert », deux termes qui correspondent au jeu fait lors de la séance précédente. Asma cherche à recréer un lien avec le robot en faisant appel dans le présent à une situation passée qui lui est familière. L'enfant substitue le passé au présent dans une tentative de créer un lien avec un énoncé personnel. Peu importe qu'il s'agisse ou non d'une écholalie, l'essentiel est pour nous la capacité qu'elle montre de faire un lien. Notons également qu'elle a mis un certain temps à réagir à la proposition du thérapeute, et à y répondre verbalement.

f) Catastrophe

La thérapeute et la mère d'Asma sont très contentes de la façon dont l'échange se déroule, et elles n'hésitent pas à la féliciter à chaque réussite. Le jeu se termine lorsque le robot donne le score de l'enfant. Asma comprend que c'est la fin et ramasse les cartes sans qu'on lui ait demandé de le faire. Elle a été tout à fait capable de comprendre la situation et d'agir de façon adaptée. Alors qu'elle est en train de ramasser les cartes, une des cartes lui échappe, et elle dit « catastrophe » : nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une écholalie, mais d'une volonté d'échange avec les personnes autour de la table. Au moment où les cartes commencent à tomber, les thérapeutes s'exclament « ah ! » « oh », et quelques secondes après Asma lance « catastrophe ». Il s'agit pour nous d'un énoncé généré par l'enfant adapté au contexte, et très certainement étayé par l'expression de surprise des thérapeutes.

g) À droite, à gauche.

Nous préparons la mise en place du jeu « touche ma main ». Nous rappelons les consignes à Asma et lorsque nous lui disons « tu te souviens, il faut toucher la main verte ou la main rouge ». Elle touche les mains du robot et dit « à droite, à gauche », utilisant des termes que nous n'avons pas utilisés dans nos explications, mais qui font partie du langage courant. Pour nous, cet énoncé correspond à la catégorie 9 de Prizant (énoncé écholalique ayant comme but, donner de l'information).

h) Dernier.

Le jeu termine et le robot demande à A. si elle souhaite recommencer. Elle répond que non. La petite fille se lève et se dirige vers nous. Elle souhaite voir l'écran de l'ordinateur. Nous lui demandons si elle veut jouer à un dernier jeu, elle répond « dernier ». Il s'agit pour nous de toute évidence d'une écholalie dont la fonction est donner une réponse affirmative à la demande de l'adulte.

Sa mère dit « il fait chaud », Asma répond tout de suite en regardant sa mère « il fait chaud, un peu », puis elle va s'asseoir pour faire un autre jeu avec le robot. Là encore, nous considérons qu'il s'agit d'une écholalie encore à fonction d'affirmation à laquelle l'enfant a ajouté un élément supplémentaire. L'exemple ci-dessus constitue à nos yeux un indice, un élément très favorable concernant l'évolution du langage d'Asma : elle a repris l'énoncé de sa mère en y ajoutant un complément, et son langage corporel indiquait que l'énoncé était adressé directement à sa mère.

i) C'est facile,

Le jeu de coucou est lancé. Pendant que le robot cache son visage, après avoir dit « un, deux, trois » Asma compte à son tour sur ses doigts. Comme Nao possède trois doigts Asma cache deux doigts à chacune de ses mains pour en avoir trois comme le robot, puis elle cache ses yeux. Le robot lui répond « bravo » et lui indique de baisser les bras, ce qu'elle a déjà fait mais que le robot n'a pas vu. Il continue à répéter « allez, vas-y » et chaque fois Asma cache ses yeux. Un des thérapeutes intervient pour dire que c'est bien le robot qui se trompe, et non l'enfant. Nous lui disons alors que le robot est probablement fatigué et qu'elle s'est très bien débrouillée. Alors, l'enfant se lève et va voir sa maman en lui disant « c'est facile ». Pour nous, cet énoncé peut s'apparenter à une écholalie de type 9 (cf Prizant), destinée à donner de l'information. Nous comprenons que Asma marque ainsi son accord avec le point de vue exprimé par les adultes présents.

En résumé, nous pouvons dire qu'Asma a pu faire preuve d'une certaine tolérance vis-à-vis du dérèglement du robot ; elle a pu rectifier une erreur (placer la carte correctement afin que le robot puisse la voir) et modifier son comportement dans un souci d'adaptation à l'échange. D'une façon générale, on peut dire que l'enfant a pu avoir une interaction ludique avec Nao.

2. Ismaël

a) La première rencontre avec Nao

Lorsque l'enfant arrive, Nao est déjà posé sur la table, dans la salle où l'enfant rencontre habituellement son thérapeute. L'enfant le regarde. À

certains moments, il s'assoit sur les jambes du thérapeute, et fait des aller-retours entre la table et les matelas et modules en mousse mis à sa disposition le temps de mise en marche du robot. Ces aller-retours permettent à l'enfant de rester actif et de se mettre à bonne distance pour mieux appréhender les informations sensorielles à traiter. Au bout de quelques minutes, de là où il est, il dit « regarde, il y a robot » tout en pointant Nao. Cet énoncé, accompagné du geste de pointage nous montre que cet enfant est déjà capable de mettre en place une attention conjointe de qualité, à condition qu'on lui en laisse le temps.

Le premier jeu proposé est le jeu de coucou (ou cache-cache) : le robot compte jusqu'à trois puis il place ses mains devant son visage. Le thérapeute imite le robot pendant que Ismaël regarde le robot. Au bout de trois démonstrations le robot dit : à toi... un, deux, trois. Le thérapeute se cache alors le visage. Lorsque le thérapeute répète 1, 2, 3, l'enfant répète les mots prononcés par lui mais avec le geste du robot ; les bras levés, 2 doigts cachés. Ceci est un exemple illustrant l'absence de co-modalité sensorielle chez les enfants autistes. Les mots et les gestes sont repris mais non synchrones. À ce moment l'enfant ne se trouve pas face au robot, il le regarde de profil, et a besoin du relais de l'adulte pour pouvoir imiter le robot. Autrement dit, dans un premier temps l'enfant imite le thérapeute, lequel imite lui-même Nao. Dans un deuxième temps, l'enfant se trouve en mesure d'imiter directement le robot. Un échange triangulaire se met alors en place : l'enfant s'appuie sur ce que fait le thérapeute tout en tenant compte des consignes données par le robot.

Au troisième essai l'enfant cache correctement son visage (probablement commence-t-il à comprendre l'intentionnalité du geste) mais revient à une position bras pliés. Nous changeons l'orientation du robot pour qu'il se trouve face à l'enfant. Le robot encourage l'enfant et dit « allez vas- y », alors l'enfant compte jusqu'à trois et lève ses bras de part et d'autre de son visage. Il est invité à se rapprocher du robot qui continue à encourager Ismaël. L'enfant, qui a compris que Nao attend quelque chose de lui, continue à faire

le même geste. Ismaël essaie d'ajuster son geste et se laisse aider par le thérapeute pour adopter la bonne position. Malheureusement, alors que l'enfant réussit, le robot ne fonctionne plus. L'adulte dit « ah ça ne marche pas ». L'enfant répète tout doucement « ça ne marche pas » et arrête de faire le geste. Il s'agit clairement ici d'une reprise écholalique à fonction affirmative. Alors que nous tentons de faire redémarrer le robot, l'enfant tolère l'attente sans se désorganiser en s'appuyant physiquement sur l'adulte puisqu'il se trouve sur ses genoux, le dos appuyé contre son buste. De toute évidence, Ismaël a besoin de sentir cet appui pour pouvoir échanger avec le robot. Pour Ismaël l'arrière fond que constitue le buste de l'adulte est nécessaire pour pouvoir échanger avec le robot.

Nous proposons ensuite à Ismaël le jeu « touche ma main ». Ismaël prend plaisir à toucher la tête du robot lorsque celui le lui demande. Lorsque le robot lui demande de toucher le côté rouge, l'enfant l'effleure mais les capteurs tactiles de Nao ne sont suffisamment précis et une certaine pression est nécessaire pour que ceux-ci réagissent. Nous montrons à l'enfant la bonne façon de faire en appuyant un peu fort sur sa propre main. Ismaël semble préférer ce type de contact à un simple effleurement, ce qui n'est pas surprenant puisque la pression sur la peau donne une information proprioceptive importante.

Une fois de plus, le robot tombe en panne ; l'enfant patiente. Lorsque le robot redémarre, I. parvient, avec l'aide de l'adulte, à faire une séquence complète de jeu, ce qui le met suffisamment en confiance qu'il se débrouille, ce qu'il réussit plutôt bien. Cet exemple montre comment l'entourage a pu réaliser un étayage suffisant pour que l'enfant s'habitue à une situation nouvelle, et se trouve en mesure d'extraire des invariants afin d'adapter son fonctionnement lors d'un échange simple.

Nous poursuivons avec le même jeu, mais le robot dysfonctionne lorsque l'enfant lui touche la tête. L'enfant s'y reprend à plusieurs fois et nous lui expliquons que le robot a des problèmes. Il se tourne alors vers son

thérapeute pour chercher une explication. Nous lui proposons un autre jeu mais il ne souhaite pas changer et Ismaël nous montre qu'il est capable de réussir seul deux séquences de jeu consécutives.

Nous passons alors au jeu des cartes des animaux. Tout d'abord l'enfant identifie chacun des animaux figurant sur les cartes. Nous lançons ensuite le jeu, mais le robot se bloque à nouveau. Nous lui expliquons qu'il arrive que le robot ne veuille pas jouer. Ismaël ne répète « pas jouer », comme pour nous dire qu'il accepte l'explication que nous lui avons fournie. Le robot doit être réinitialisé, ce qui entraîne des changements successifs de la couleur des yeux de Nao. L'enfant perçoit ces changements et dit « yeux, rouges, yeux verts, yeux bleus » de façon synchrone avec le clignotement. L'enfant regarde l'ordinateur et dit « il ne marche pas ». S'il s'agit d'une écholalie, ce qui est fort probable puisque l'énoncé a été donné par le thérapeute quelques minutes auparavant lorsque le robot a cessé de fonctionner, celle-ci possède une fonction proto-déclarative, au même titre que le pointage. Il s'agit d'un énoncé visant le partage d'une information concernant une situation vécue simultanément par l'adulte et par l'enfant.

Finalement le jeu se met en marche. Le robot demande à l'enfant de choisir une carte et celui choisit la bonne carte, il la met devant les yeux du robot comme il faut. Il sourit quand le robot applaudit. Ismaël est très content de la réaction provoquée par le bon choix de la bonne carte, il sourit et dit « bravo ».

Ismaël est maintenant capable de dire « oui » quand le robot lui demande s'il veut recommencer, et de parler plus fort si le robot n'entend pas. Il est capable aussi de régler sa posture pour mettre la carte dans le champ de vision du robot.

Le robot demande s'il veut jouer, Ismaël acquiesce mais rien ne se passe, nous essayons de le faire marcher à nouveau mais le robot bloque. L'enfant dit « il ne marche pas ». C'est la fin de la séance. Lorsque nous l'annonçons à Ismaël il dit « au revoir » au robot. Nous pensons que Ismaël a pu se séparer

du robot sans se désorganiser, c'est qu'il a compris que la panne du robot du robot n'était pas de notre fait et que tout comme lui, nous étions déçus du fait qu'il ne marche pas. Nous pouvons penser qu'Ismaël commence à intégrer le registre dialogique, à savoir des représentations implicitement prêtées à l'autre, en lien avec la théorie de l'esprit.

b) Deuxième rencontre avec Nao.

Ismaël Arrive, le robot et l'ordinateur sont sur la table. Tout est prêt pour commencer le jeu. Nous lui rappelons comment jouer avec le robot, et lui demandons de dénommer les animaux figurant sur les cartes, ce qu'il refuse de faire. C'est avec le robot qu'Ismaël souhaite avoir un échange. Comme lors de la première séance, le thérapeute est présent, ce qui permet à Ismaël de se sentir contenu et rassuré. L'enfant est placé face au robot et lui fait des grimaces pendant la préparation. Lorsque Nao réclame un cochon, l'enfant le lui présente et sourit quand Nao applaudit. Il se rappelle de la dynamique de fonctionnement du jeu. Quand le robot dit « laissez-moi voir la carte que vous avez choisie », il place celle-ci à la bonne distance, montrant par là qu'il a également compris la proxémique du jeu. Dès que le robot applaudit, Ismaël pose la carte du mouton sur la table. Il fait de même pour le mouton, le canard (il hésite un peu), la chèvre, la vache, le cheval. Ismaël montre la carte du chat quand le chien lui est demandé, et semble un peu étonné que le robot n'applaudisse pas. Aussitôt, et de façon inattendue, le robot lui demande de trouver la carte du chien. L'enfant l'a dans la main et la montre aussitôt : il a compris qu'il s'était trompé. Nous avons pu constater que Ismaël ne fait guère de différence entre les deux mots dans sa prononciation, ce qui pourrait expliquer son erreur, toutefois, il est tout à fait capable de faire la différence entre les deux images, entre les signifiés.

Lors de cette séance Ismaël est capable de répondre « oui » quand le robot lui demande s'il veut continuer à jouer, et plusieurs séquences de jeu se succèdent. Mais le robot recommence à dysfonctionner et ne peut plus

prendre en compte la demande de l'enfant de continuer à jouer. Bien que l'enfant répète oui trois fois de suite, rien ne se produit, et Ismaël dit « ça ne marche pas », « pas entendu », ce que le thérapeute reprend « oui, il n'a pas entendu ». L'enfant cesse alors de s'intéresser au robot et va jouer avec les blocs de mousse non loin de là. On lui propose un autre jeu avec le robot, ce qu' Ismaël accepte ; son thérapeute lui dit « mais il faut que tu viennes » et l'enfant répond « attends », le thérapeute répond à son tour « oui, oui, j'attends ». Le temps de remettre le robot en fonctionnement, L'enfant et son thérapeute commencent le jeu du crocodile. (l'enfant fait un parcours avec les blocs en mousse, il doit rester sur les blocs, pour ne pas se faire manger par les crocodiles qui sont à l'extérieur. Ismaël et le thérapeute jouent à tour de rôle).

Nous proposons alors le jeu de « touche une main ». Ismaël le fait très bien, mais quand il touche la tête, le robot mélange jeu en cours et un autre, inconnu de l'enfant. L'enfant patiente le temps de remettre en route le robot. Une fois le robot relancé, Ismaël remarque le clignotement des yeux du robot et dit « yeux rouges, verts, bleus... » en rythme comme il l'avait fait lors de la dernière séance. Le robot ne fait plus rien et l'enfant dit « éteint ». Le robot fait un bruit caractéristique quand il s'allume : « knockknock », ce qu'Ismaël essaie de le reproduire en répétant « tou tou tou » et en reprenant le rythme de la séquence sonore. Le jeu est relancé, mais après quelques instants il se bloque. L'enfant dit alors « bouton sur le robot », en faisant référence au bouton d'allumage sur le torse du robot. Nous en déduisons qu'il a bien remarqué que ce bouton était utilisé pour remettre en marche le robot après un arrêt intempestif. L'échange suivant a lieu :

Thérapeute : « Qu'est-ce qu'il fait, ce robot? »

Ismaël : « J'aimerais appuyer ».

Thérapeute : « Tu aimerais appuyer toi? »

Ismaël : « Oui ».

Ismaël se rend compte des difficultés que nous avons rencontrées avec le robot; il nous a vu appuyer sur le bouton d'allumage pour le relancer, et veut faire de même. Il touche doucement le robot et dit « il ne marche pas ». Ismaël quitte la table et invite sont thérapeute à continuer le jeu du crocodile, mais au même moment le robot se remet en marche. Il vient alors le voir. Nous essayons ensemble de toucher la tête du robot pour le mettre en marche, sans résultat.

Nous : « Le robot est fatigué ».

Ismaël : « Je peux appuyer? ».

Nous : « Oui, et après le robot ira faire dodo »

L'enfant appuie et le robot se met en marche, l'enfant sourit, l'air satisfait. On lui propose alors d'appuyer encore pour l'éteindre. Nous disons au revoir à Nao.

Ismaël : « il s'éteint »

Thérapeute : « oui il s'éteint ».

Nous avons vu comment les échanges avec le robot mettaient en exergue la capacité de cet enfant à s'ajuster au robot et à ses contraintes posturales et de manipulation. L'enfant a pu manifester des registres d'attention conjointe lorsqu'il interrogeait l'adulte pour les pannes du robot. Le robot a permis d'obtenir de la part de cet enfant des ajustements de gestes et postures et des mises en rythmes. L'enfant est arrivé à saisir la rythmicité de l'échange dans les tours de parole avec les adultes et dans l'enchaînement des sollicitations et réactions robot- enfant.

3. Kevin, le robot, et l'anticipation

Pour son premier échange avec Nao, nous proposons à Kevin le jeu des cartes d'animaux. Nous nous trouvons dans une petite pièce contenant, les deux thérapeutes se trouvent autour de la table et Nao est placé au centre. La

première fois que Kevin. entend les applaudissements, il éprouve une peur intense et s'éloigne du robot. Dès que les applaudissements se terminent, il est capable de revenir à la table pour continuer l'échange avec les adultes et surtout avec le robot. Toutefois, aussitôt dès qu'il entend la musique annonçant les applaudissements, Kevin se lève et s'éloigne pour se mettre à distance du robot et du son qui le dérange, se protégeant ainsi de l'effraction réalise le bruit des applaudissements factices. Une telle anticipation a été possible pour Kevin du fait qu'il existe dans le discours du robot un moment repérable précédant les applaudissements. L'enfant a bien intégré qu'après la fin de la musique, une fois qu'il aura montré sa carte au robot, il y aura les applaudissements. Il a également compris que les applaudissements lui faisaient peur et qu'il fallait mettre de la distance. Il a pu se mobiliser pour mettre en place l'analyse et l'évaluation de la distance, des espaces, par rapport à une source émettrice d'un flux sensoriel spécifique, vécu comme dépassant un seuil de tolérance, en ce cas les bruits du robot.

Dans les échanges avec le Robot, Kevin est actif, il peut gérer le gradient des flux sensoriel selon ses besoins. Comme il a créée des conduites d'habituation, lorsqu'il sait que le bruit qui le déborde va arriver, il s'éloigne, pour ne pas se démanteler. C'est un effort cognitif assez important que cet enfant fournit pour savoir comment réagir pour ne pas se laisser envahir mais surtout pour s'adapter aux exigences de l'échange. Lorsque Kevin remarque que le bruit des applaudissements, provenant du robot, le dérange, et provoque chez lui une désorganisation, il anticipe sa propre réaction pour mieux se protéger de cette intrusion auditive. Après avoir eu une série d'interactions correctes avec le robot, et avoir donné les cartes par lui demandées dans le bon sens Kevin recule car il sait maintenant que le bruit va arriver. Sa carapace tonique témoigne de son effort de régulation tonique par la maîtrise des flux sensoriels. Le changement dans la position de son corps perturbe l'échange tout de suite mais lui sert à le maintenir dans la durée, le fait de s'éloigner de la source qui le dérange est une réaction archaïque d'alerte. Nous pouvons l'expliquer selon Bullinger comme une

bonne réaction en chaîne des conduites de réaction d'alerte, d'orientation et de consommation. Cependant l'enfant recule pour pouvoir s'approcher après, dès que le bruit des applaudissements fini, il revient s'asseoir et reprendre l'échange avec le robot et avec autrui. Ce même schéma va se répéter 3 fois. Face à la proposition du robot du jeu 1,2,3 il est capable de mettre son corps dans une position semblable à celle du robot. On peut dire que sa posture est une imitation de celle du robot. Nous pouvons parler de l'existence de la capacité à imiter chez cet enfant et de son bon fonctionnement, au moins lors de ce jeu. Mais d'un autre côté (sans ce côté nous ne pourrions pas parler d'autisme), le geste reproduit n'est pas tout à fait exact, ou à vrai dire il est « trop » exacte : le robot n'a que 3 doigts, donc l'enfant se cache le visage avec ces 3 doigts. L'enfant au lieu de le faire avec ses 5 doigts le fait avec 3 également, contrairement à l'enfant tout venant qui va lui, se cacher avec tous les doigts de sa main. « Par ailleurs, les travaux de Jacqueline Nadel (2011) sur l'imitation pourraient être mis en résonance avec la narrativité que propose le thérapeute aux enfants autistes, sans que ceux-ci puissent en exprimer leur intérêt dans un premier temps. dans ses protocoles expérimentaux, au bout d'un temps d'imitation gestuelle d'un enfant sans utiliser le langage verbal, Jacqueline Nadel arrête l'imitation et s'immobilise. L'enfant interrompt alors ses explorations pour se poster en face d'elle en se frottant son propre visage et réclame ainsi la poursuite des imitations quand celles-ci viennent à manquer. Cela révèle qu'il les avait appréciées alors qu'il n'avait rien manifesté dans ce sens. Quand Jacqueline Nadel reprend ses imitations, l'enfant cette fois-ci jubile et partage spontanément ses émotions. il en est souvent de même avec la narrativité que le thérapeute propose sans que l'enfant ne manifeste un quelconque intérêt pendant tout un temps. Par la suite, il s'approprie cette narrativité dans ses dialogues internes avant d'être disponible pour un échange plus manifeste et en direct avec autrui »¹⁹⁷ Ça se passe de la même façon avec

197Lheureux-Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues

Nao, lorsqu'il arrête d'imiter l'enfant, ce dernier est dans la possibilité de montrer à l'adulte qu'il s'intéresse par l'imitation à la quel il paraissait insensible. Croire d'emblée qu'un enfant autiste n'apprécie pas ce que nous lui proposons car pendant une certaine période de temps pas il ne montre pas un intérêt franc, équivaut à dire que l'enfant autiste manque d'appétence à la communication. Or nous croyons que ce n'est pas cette appétence qui manque mais le fait de pouvoir manifester cette appétence et de la partager avec l'autre.

Contrairement à ce que l'on aurait pu redouter, aucun des enfants ne s'est engagé avec le robot dans un jeu stéréotypé sans fin. Les pannes inopinées du robot y sont pour quelque chose. Ils ont tous su décider d'arrêter l'échange après quelques tours de jeu, mais le fait le plus remarquable encore de cette expérience est qu'ils ont pu également accepter que le robot se soit bloqué sans que les adultes puissent y remédier, et que l'échange devait alors prendre fin.

4.1.5 Nao et la position côte à côte

Le robot s'est révélé surtout un outil qui nous amène à réfléchir à ce qui se passe dans l'échange avec les enfants autistes. La disposition de la salle a été un point saillant pour nos observations. Le robot était placé au centre d'une table (sa configuration physique, un buste, ainsi l'exige) et l'enfant et les adultes étaient assis autour de la table. Les adultes se trouvaient, au même titre que l'enfant face à une situation complètement nouvelle et partagée. L'étude des enregistrements vidéos nous a permis d'observer, par ailleurs, les réactions des adultes autour du robot : Ils parlent très peu et le font surtout en chuchotant, il y a très peu de gestes qui accompagnent les énoncés. Tous les participants, thérapeutes et enfants, sont à l'expectative de ce que le robot va proposer, de ce qu'il va faire. Une

internes, vers un langage plus adressé et communicatif. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 61(1), 4566. P 54

personne (nous) contrôle le robot et cette personne n'est pas le thérapeute des enfants observés, elle est extérieure au dispositif thérapeutique. Les thérapeutes peuvent ainsi s'identifier à l'enfant, ils sont tous dans l'attente des variations proposées par cette nouvelle personne ; De cette façon le thérapeute s'identifie à l'enfant qui ne peut pas varier la complexification du contexte, qui ne peut rien faire face aux pannes du robot. Il se crée ainsi, dans l'identification du thérapeute à l'enfant, par le biais de l'étonnement, un partage émotionnel. Les relances spontanées de la part des enfants dans l'échange avec Nao, permettent de voir qu'il y a eu de la jubilation (3sième temps de la pulsion dont parle Laznik). La jubilation appelle au partage autour de l'attention conjointe.

Les moments où le robot est en panne, difficiles à supporter pour les adultes, peuvent s'avérer bénéfiques pour l'enfant autiste puisqu'alors tous les protagonistes doivent patienter, prendre le temps c'est-à-dire à ralentir les sollicitations. Cette diminution involontaire des afférences sensorielles dans l'environnement immédiat crée des conditions favorables pour l'attention partagée et, par-là, l'émergence du langage.

Les échanges filmés au cours des séances de psychothérapie montrent que l'enfant autiste manifeste une appétence pour les relations humaines, même s'il est attiré par le robot, et sensible à l'abaissement des flux sensoriels que celui implique. Le fait que le robot soit animé, ne change rien à la préférence de l'enfant autiste pour la communication intersubjective. Lorsqu'un enfant autiste saisit la main d'un adulte pour ouvrir une porte par exemple, il s'agit d'un tout autre mécanisme que la réification d'autrui. Nous avons mis en évidence le fait que les enfants de notre cohorte ont parfaitement saisi que le robot est commandé par une personne, et qu'ils devaient solliciter l'adulte pour rétablir le fonctionnement du jeu. De même, on ne peut pas considérer que l'enfant autiste aurait un comportement « robotisé » puisqu'il est capable de jouer en introduisant des variations et peut partager la situation avec autrui. « Les robots restent des machines que

l'homme programme. Certaines possèdent des compétences qui semblent avancées mais nous n'en sommes qu'aux préliminaires de ces interactions. Ce qui est passionnant, c'est tout ce que l'homme met et projette dans le robot. Sciemment ou inconsciemment. Et c'est dans ce sens que les robots sont un miroir complexe, à la fois familier et étrange, un prisme intéressant pour comprendre l'humain. »¹⁹⁸

4.1.6 L'enfant tout venant et Nao

Ainsi que nous l'avons signalé plus haut, le robot a été présenté à des enfant tout venant. Dans le jeu de cartes des animaux, l'enfant tout venant dénomme toutes les cartes, y compris celles qui ne sont pas demandées, et commente spontanément l'échange. À l'inverse l'enfant autiste, doit traiter séparément chaque information sensorielle. Ainsi Kevin est-il visiblement débordé lorsque le robot applaudit, toute son énergie étant mise au service de la maîtrise des stimuli. Chez lui, la régulation du tonus et de l'émotion est prise en charge par le système archaïque. L'enfant, tout-venant traite toutes les afférences sensorielles de façon automatique, et il a recours aux représentations mentales pour effectuer la régulation tonico-émotionnelle.

L'enfant tout-venant est en mesure de faire la narration de sa rencontre avec Nao. Il est capable d'inscrire l'échange dans une temporalité et de faire la distinction entre le présent et le passé pour en faire une succession linéaire. Pour l'enfant autiste l'échange s'établit « en boucle », dans une répétition contrôlée et anticipable, donc rassurante. Nous avons vu que les enfants autistes ont pu partager des événements très simples comme des mouvements ralentis et rythmés ; ils ont également eu accès à l'attention

¹⁹⁸Baddoura, R. (2016). Le potentiel thérapeutique de l'interaction homme-robot. 4. La Lettre du Psychiatre • Vol. XII - n° 1 p. 10

conjointe. Comme nous l'avons vu, la médiation constituée par l'utilisation du robot a permis de créer des micro-variations, lesquelles se sont montrées très utiles pour aider les enfants à sortir de leur adhésivité.

4.1.7 Le robot et les écholalies

L'utilisation d'un robot pour des échanges simples, quasiment sans changements, et qui propose un échange langagier, a porté ses fruits. Pour nous, le succès de ce dispositif est lié à la facilité de la mise en place de l'attention conjointe, la prévisibilité sur des micro-séquences, et le fait de pouvoir anticiper les réactions du robot. Ainsi les énoncés écholaliques ont-ils été utilisés pour maintenir le lien et la communication, ce qui leur a donné une valeur thérapeutique dans le cadre spécifique où ils sont apparus.

Les exemples cités illustrent la façon dont une expérience stable et simple peut être partagée avec les enfants autistes. Grâce aux productions écholaliques l'enfant peut imiter l'autre, et cette imitation lui permet de s'adapter à l'autre. Pourrions-nous émettre l'hypothèse que l'enfant s'identifie à la voix de Nao ? Pourrions-nous décrire la voix de Nao comme étant écholalique ? Nao produit des énoncés toujours identiques, avec la même intonation et le même débit. De la même manière, les gestes qui accompagnent la voix de Nao ne varient pas. Comme nous l'avons vu, Nao peut faciliter le traitement des informations en les simplifiant, ce qui favorise l'anticipation et le décodage (plus la voix de Nao est pauvre sur le plan de l'intonation, de l'intensité et du débit, moins le traitement des informations qu'elle véhicule est complexe. Cette conception va dans le sens de Gepner, qui a créé le logiciel LogiRal, destiné à ralentir les films et à les rendre plus aisément compréhensibles et partageables par les enfants autistes. Au cours des séances avec Nao, nous avons observé des relances spontanées de la part des enfants autistes, ce qui est la marque du plaisir qu'ils ont pu tirer de cette activité. Le thérapeute prend en compte ces moments de jubilation pour en faire un tremplin vers le partage émotionnel, l'intersubjectivité, la

sensorialité et l'attention. Simplifier l'environnement de l'enfant autiste est une façon de prendre en charge la fonction alpha de Bion. : il s'agit de métaboliser le contexte pour le rendre bien accessible à l'enfant autiste.

En résumé, dans notre expérimentation, le robot a pris une place très importante pour étayer la capacité à anticiper des enfants autistes. Son utilisation permet le passage de la répétition à l'intersubjectivité afin de développer une appropriation subjective par l'enfant. Face au robot, enfants et thérapeutes partagent la même expérience d'étonnement lorsque par exemple ils se trouvent en train d'attendre les relances du robot. Le robot provoque chez les thérapeutes une sorte de fascination, il matérialise comme une « inquiétante étrangeté », et favorise l'émergence de projections. D'un point de vue neuropsychologique, enfants et adultes fixent leur attention sur le robot, et on sait que la fixation aide à la focalisation. De cette manière, les invariants simples du robot sont plus facilement assimilables. Lors de l'utilisation du robot, le fait que l'enfant et l'adulte se trouve côte à côte évite une sur stimulation de l'enfant et favorise l'attention conjointe.

La situation que nous avons proposée aux enfants est très différente à ce qui se passe lorsqu'un enfant joue seul avec un téléphone portable ou tout autre type d'écran, car alors, du fait de l'absence d'une tierce personne, il n'a pas accès à la représentation de son vécu mais uniquement à la mémoire sensorielle de l'événement. La présence du thérapeute permet de rendre l'échange vivant, et on sait que le partage émotionnel laisse des traces psychiques qui ont un impact sur la cognition, car elles sont représentables et partagées. Autrement dit, la présence du thérapeute permet que l'enfant abandonne la régulation par les stéréotypies, au profit de la relation et de la communication intersubjective.

4.1.8 Asma et la variation ludique

L'observation d'Asma dans ses échanges avec le robot nous a montré que de la répétition à l'identique peut naître un échange non contraint. À

partir du moment où l'enfant s'est rendu compte que le robot proposait des activités parfaitement répétitives, il s'est trouvé en mesure d'anticiper ses réactions et d'établir une attention conjointe. Dans l'organisation de ce dispositif interactif enfant-robot-adulte, c'est l'enfant qui tient rôle principal. Lorsqu'il se met à modifier les réponses qu'il donne au robot, l'enfant suit les règles de la communication, et tout se passe comme si le robot incarnait la fixité autistique dont l'enfant parvenait alors à se détacher.

Il en va ainsi, dans la séquence du jeu de cartes où l'enfant doit répondre « oui » pour que le jeu se poursuive. Nous nous sommes aperçus qu'après quelques tours d'échanges, Asma introduisait dans sa réponse des variations vocales pour manifester sa joie d'être parvenue à trouver la bonne réponse mais aussi visiblement pour maintenir l'amusement que ces changements vocaux provoquaient chez les adultes présents. Asma s'est dégagée de l'observation stricte des consignes pour introduire dans le jeu ses propres fantaisies intonatives, induisant un mode de communication nouveau avec autrui.

L'analyse des vidéos a été réalisée par un groupe interdisciplinaire (psychologues, linguistes, psychomotriciens) qui a unanimement considéré que l'utilisation de Nao pendant les séances de psychothérapie a favorisé, par l'émerveillement des protagonistes, l'émergence de l'attention conjointe et mis en lumière la place fondamentale qu'elle occupe. De plus, nous pensons avoir pu mettre en évidence les caractéristiques contextuelles et transférentielles permettant de qualifier les échanges avec le robot comme aboutis.

La fin de l'expérience

Après avoir réalisé le décryptage des vidéos, et avoir extrait nos observations, nous avons souhaité enrichir notre travail par de nouveaux enregistrements. Malheureusement, en dépit de son coût élevé, Nao est devenu obsolète au bout de quatre années et son fabricant lui-même l'a considéré comme une « pièce de musée ». Nous avons, tenté en vain de le

remettre en service avec l'aide de techniciens, mais, ne disposant pas du financement nécessaire pour acquérir un nouvel équipement nous avons dû interrompre notre expérience plus tôt que prévu.

L'intérêt pour les robots dans le travail auprès d'enfants autistes est toujours d'actualité. Ces équipements sont utilisés pour de trouver des nouvelles formes d'interaction avec ces enfants, et pour expérimenter leur capacité à les programmer. Nous pensons quant à nous qu'il reste du chemin à parcourir pour que les robots et leur technologie puisse permettre un accompagnement autonome aux enfants autistes. Pour autant, si ceux-ci constituent une médiation ludique, et gagnent encore en termes d'accessibilité, de facilité d'usage et de richesse d'interaction, nous ne pensons pas que les robots puissent rivaliser avec les êtres humains en termes de communication, et surtout en termes d'échange intersubjectif et de partage autour des émotions et de l'étonnement. Nos observations nous ont permis de mettre en évidence que, même en présence d'une machine, l'enfant autiste manifeste un intérêt bien supérieur pour les relations humaines. En effet, un robot n'est pas un sujet, mais un outil favorisant l'échange médiatisé avec un enfant autiste. Pour finir, donnons la parole à Rita Badoura « Je me refuse à l'idéalisation et au catastrophisme. Les robots restent des machines que l'homme programme. Certaines possèdent des compétences qui semblent avancées mais nous n'en sommes qu'aux préliminaires de ces interactions. Ce qui est passionnant, c'est tout ce que l'homme met et projette dans le robot. Sciemment ou inconsciemment. Et c'est dans ce sens que les robots sont un miroir complexe, à la fois familier et étrange, un prisme intéressant pour comprendre l'humain. »¹⁹⁹

199 http://www.edimark.fr/lettre-psychiatre/n_1_02-2016)

5. LA QUESTION DU PARTAGE DE L'IMAGINAIRE ET DE LA CRÉATIVITÉ CHEZ L'ENFANT AUTISTE

*«yo amo los mundos sutiles,
ingrávidos y gentiles,
como pompas de jabón.
Me gusta verlos pintarse
de sol y grana, volar
bajo el cielo azul, temblar
súbitamente y quebrarse... »²⁰⁰*

Antonio Machado

Dans ce chapitre, nous proposons des vignettes cliniques tirées séances de psychomotricité avec des enfant autistes. Le fait de pouvoir nous appuyer sur les productions écholaliques de ces enfants nous a permis de tisser des liens avec eux et de partager des moments pleins d'émotion dans lesquels l'imaginaire et la capacité de rêverie partagée étaient présents. Il nous est régulièrement arrivé d'avoir recours à l'utilisation d'objets faciles à manipuler tels que la peinture, le sable ou la pâte à modeler, toutefois, nous avons également pu avoir des échanges verbaux autour à partir de simples associations de mots, par exemple.

Kevin se met parfois à la fenêtre, et il raconte tout ce qu'il voit. Nous nous plaçons à côté de lui et commentons ce qu'il voit ; « une dame avec une poussette » nous dit-il, nous répondons « ah oui, il y a une dame avec une poussette. Dans la poussette il y a un bébé ». Comme il éprouve des difficultés à exprimer verbalement ses émotions, celles-ci se traduisent au

200 J'aime les mondes subtils,
légers et aimables, comme des bulles de savon.

J'aime les voir se peindre
de soleil et de rouge, voler
sous le ciel bleu, trembler
Soudainement et se rompre...

Chant XXIX Proverbios y cantares, Campos de Castilla, 1917. Traduction de José Parets-LLorca

niveau de son tonus musculaire. Nous prenons donc en compte son vécu corporel et l'aidons à s'approprier son ressenti.

-Nous : « Qu'est-ce qu'il fait le bébé ? »

-Kevin : « Il pleure ».

-Nous : « Ah, le bébé pleure parce qu'il est triste. Est-ce que tu es triste aujourd'hui ? ».

Ce court échange est destiné à montrer comment nous construisons un dialogue en reprenant les mots de l'enfant, qui, même s'ils peuvent apparaître écholaliques sont tout à fait chargés de sens. Notons ici que la voix est plus à même d'étayer l'échange que ne l'est le regard. Ici, à partir des mots de l'enfant, nous avons pu construire un récit partagé autour de l'attention conjointe dont l'auteur est l'enfant autiste.

5.1. Kevin et la peinture

Kevin souffre d'une hypersensibilité tactile qui peut fluctuer jusqu'à se montrer très envahissante. Il apprécie tout particulièrement les bulles de savon, mais refuse le plus souvent toute activité visant à laisser une trace, préférant nous confier cette tâche. Nous considérons les bulles de savon comme une métaphore de la rêverie, faites de pensées fragiles et fugaces, prêtes à s'envoler. Pour nous, les bulles de savon sont comme les mots : nées du souffle, elles se déplacent, se succèdent et disparaissent. Si les bulles sont envoyées vers quelqu'un d'autre, on peut y voir un désir d'échange. Elles sont comme l'amorce d'un lien, fragile comme la matière dont elles sont faites. Légères, les bulles peuvent se poser sur la peau, presque imperceptibles. Elles peuvent être perçues visuellement aussi bien en vision fovéale que périphérique, ce qui va dans le sens de la

transmodalité puisqu'elles émettent des informations transposables d'une modalité sensorielle à une autre. Kevin semble hypnotisé par les bulles qu'il forme et qui vont se poser avec légèreté sur le thérapeute. Qu'en est-il des bulles de savon qui lui parviennent en retour ? Au début Kevin a du mal à les supporter, le contact avec sa peau est vécu comme une effraction, mais petit à petit il arrive à les supporter, à les accueillir avec joie.

Un jour, alors qu'il arrive à sa séance de psychomotricité, Kevin remarque la présence de pots de peinture utilisés par l'enfant qui l'a précédé. Il les utilise pour peindre de petits ronds colorés, placés les uns à côté des autres, la feuille est bientôt remplie de cercles colorés. Nous sommes émerveillés de voir Kevin dessiner, dans ce qui nous semble être un état de contemplation et d'extase artistique. Le résultat est vraiment harmonieux, surtout si l'on se rappelle que Kevin n'aime pas laisser de trace, et que le dessin est ordinairement une activité qui lui coûte beaucoup. Qu'a ressenti l'enfant ? Difficile de répondre à cette question, mais la détente corporelle et le calme que nous observons chez lui semblent une bonne indexation du bénéfice qu'il a tiré de cette expérience. Bien entendu, nous ne manquons pas de partager avec lui l'émerveillement qui a été le nôtre en voyant ce beau dessin vif et coloré. En tentant de mettre en mots ce qu'il cherché à exprimer, nous partageons nos impressions avec lui, une façon d'assurer la fonction alpha de Bion que nous avons évoquée plus haut. Ainsi, alors qu'il est train de peindre, ce qu'il nous fait penser aux bulles de savon qu'il aime tant, ce que nous partageons avec lui « ah ! tu es en train de dessiner les bulles de savon ! » Kevin paraît satisfait, notre commentaire lui convient. Poursuivant son activité, il répète les couleurs comme dans une écholalie auto-adressée : « quand le thérapeute saisit l'importance pour l'enfant de faire parler tout haut des objets entre eux dans des dialogues internes chuchotés pour lui-même, il peut tenter de participer aux dialogues internes de l'enfant sans lui imposer des échanges de regard. il arrive alors que l'enfant réponde avec sa propre voix spontanément et qu'il donne son avis, sans rester dans une

adhésivité stricte aux dialogues qu'il a entendus autour de lui, ce qui témoigne d'une véritable appropriation »²⁰¹.

Lorsque la rencontre est une vraie rencontre, la symbolisation émerge à partir de l'attention conjointe. En partant du matériel apporté par l'enfant, nous légitimons sa capacité à rêver et à créer. La rêverie contenante et « maternante » du thérapeute peut permettre à l'enfant de penser, de créer des liens et de trouver du sens.

À la fin de la séance, Kevin souhaite montrer son œuvre à sa mère. Il lui dit, en pointant sa peinture « des bulles ! des bulles ! » Sa mère répond « ah bon ? on y va, c'est l'heure ».

Nous avons vu que l'accès de l'enfant à l'imagination est dépendant de la rêverie parentale. La rêverie maternelle est une marque de l'investissement. Autrement dit, c'est la fonction alpha qui permet à l'enfant de penser. La rêverie et la pensée sont indispensables à la survie psychique. La rêverie est très liée à la symbolisation, ainsi Lacan va rapproche-t-il le symbolique de l'imaginaire. Une trop grande rigidité des parents entraîne l'absence de synchronie et empêche le développement de l'imaginaire. La rêverie devra donc avoir une place importante dans le cadre thérapeutique et institutionnel, ce qui pourra permettre de pallier l'absence de rêverie maternelle.

201 Davidse, C. (2018). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 61(1), 45-66. p. 55



Figure 6. Tableau peint par Kevin, sur une feuille A1

Geneviève Haag a beaucoup étudié le dessin de l'enfant autiste, le rond, les lignes du ciel et de la terre. Elle considère que le dessin fait partie intégrante du processus de symbolisation, à l'instar de jeu de l'imitation différée et du langage. Le dessin est un moyen d'expression, et possède une fonction auto-créatrice. Dans le processus du dessin de l'enfant autiste on trouve d'abord du démantèlement puis un démantèlement sensoriel, avant d'arriver à la figurabilité. Du point de vue de la psychomotricité, il est intéressant de détailler les différentes étapes qui se suivent dans l'apparition du dessin. Tout d'abord, l'enfant laisse des traces aléatoires, son geste s'éloigne de l'axe du corps et produit un balayage, des pointillés possédant un rythme propre. Dans notre exemple, Kevin a l'intention de laisser une trace. Il souhaite remplir le contenant-papier d'un contenu tout à la fois physique et symbolique. Haag nous dit que le dessin est une sorte de révélation ; elle considère la trace comme l'expression d'une matière adressée. Le dessin serait alors une forme d'expression du soi corporel, grâce à un processus d'individuation et de séparation.

Les enfants autistes sont en mesure d'entrer en relation avec autrui à condition que leurs soient accordés l'espace et le temps nécessaires au

développement de leur créativité, ainsi que la confiance en leurs capacités. Autrement dit, l'accès à l'intersubjectivité est possible, lorsque nous croyons aux capacités créatrices de l'enfant autiste et que nous les accompagnons dans cette voie d'expression. Par exemple, nous pouvons commenter ce que fait l'enfant avec les objets dits « autistiques » qu'il affectionne pour y apporter des micro-variations tirées de notre propre imagination, celles-ci pouvant se limiter à de simples modifications des caractéristiques vocales. Nous avons montré précédemment que les enfants autistes manifestent une sensibilité certaine au discours tenu devant eux. Lorsqu'un d'entre eux se met à manipuler de façon répétitive un objet « autistique » nous nous intéressons au canal sensoriel que l'enfant privilégie : la vue, l'audition, le toucher afin de mettre des mots sur le vécu sensoriel de l'enfant. Nous nous interrogeons sur ce que nous inspire tel mouvement ou tel geste, sur le choix de l'objet sélectionné par l'enfant, sur les associations qui nous viennent à l'esprit.

Il arrive que les enfants autistes ne donnent aucun accès à leur vécu, alors que dans le même temps, ils se montrent hypersensibles aux changements d'humeur et de posture ; il n'y a parfois plus de place pour la pensée et la rêverie, envahis qu'ils sont par l'angoisse, qui correspond à une déliaison ou la libre circulation des pulsions. Comme nous l'avons déjà évoqué, les enfants autistes ont besoin de donner du sens au monde environnant et de lier chacune de leurs expériences sensorielles au sentiment de sa propre existence.

Nous avons vu avec l'utilisation du robot Nao que l'établissement d'un échange avec un enfant autiste, passait par une « simplification » de la relation, en termes d'abaissement des stimulations. Il est également nécessaire d'accorder une place aux productions de l'enfant : plus nous accorderons aux micro-variations une valeur de création, plus l'enfant autiste sera à même de s'approprier la capacité créative que nous lui prêtons. C'est pourquoi l'enfant autiste apprécie d'être imité, ce qui permet d'accorder une

place à sa propre créativité. Il nous paraît indispensable que l'enfant autiste se sente capable de partager avec autrui, et de surprendre l'autre avec ses créations. Le thérapeute devra se montrer vigilant pour maintenir sa capacité à être surpris, sans laquelle il risquerait de désamorcer la possibilité de donner une place à l'enfant autiste dans la relation.

C'est à partir de l'activité de rêver qui va naître l'activité de penser ; comme Bion, nous le fait remarquer, si le sujet ne peut pas rêver, il ne peut pas penser. Chez le tout petit, la capacité de rêver se construit à partir de l'appareil psychique de la mère. Par les mécanismes d'introjection et de projection qu'elle suppose, la rêverie maternelle va permettre à l'enfant de donner une forme à ses angoisses. Pour nous, il est possible de mettre ce mécanisme en œuvre dans les différents types de traitements suivis par l'enfant autiste. « L'imaginaire n'est rien d'autre que le rêve et ses équivalents dans la vie vigile (...) il s'agit d'une relation imaginaire au monde qui engage à la fois la perception et la pensée, et elle implique au niveau de la représentation, le corps propre en tant que pouvoir originel de projection, schéma de représentation par quoi se détermine l'objet, le sujet, l'espace et le temps »²⁰²

Dans le fonctionnement psychique dit normal, nous sommes habitués à la pensée en images. Chez les enfants autistes, les expériences sensorielles ne sont pas encore élaborées, il y a une fluctuation de vitesses, ralentir les informations permet de mieux investir la pensée au même titre que sensorialité archaïque permet de mieux apprécier le vécu interne. Avec les enfants autistes il faut imaginer à voix haute, comme nous le faisons avec les tout-petits, et proposer un partage sensori-moteur, olfactif, gustatif, et proprioceptif. Lorsque le thérapeute verbalise ses émotions, il aide l'enfant autiste à se les représenter, et à faire des liens pour créer un espace en volume, ce qui l'aidera à sortir de l'adhésivité. Précisément ce à quoi nous

202 Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. Paris: Heures de France. p

assistons lorsque Kevin réclame les bulles de savon après une séparation ou un moment angoissant. L'utilisation du souffle a un effet apaisant, l'enfant perçoit mieux son corps, aidé par la matérialisation des bulles qu'il peut reproduire aussi longtemps qu'il lui est nécessaire. Jouer avec des bulles est une activité qui permet à Kevin de ne pas dépasser son seuil de tolérance. Ce jeu est l'occasion de mettre en place un tour de rôle ; l'enfant peut aussi anticiper la forme qu'elles prendront, leur durée, leur direction. En d'autres termes, toutes les conditions sont réunies pour la mise en place d'une attention conjointe de qualité invitant thérapeute à faire la narration de cette expérience partagée. Il s'agit peut-être de la première histoire que l'enfant va pouvoir créer, raconter, et partager. Kevin peut ponctuer ce qu'il voit par ses propres commentaires. De simples productions écholaliques au début, ses verbalisations sont devenues des commentaires bien adaptés au contexte. Au niveau corporel le souffle se régule, les appuis se stabilisent, le regard est mobile, les seuils sensoriels s'abaissent. Les bulles de savon deviennent en quelque sorte un médium malléable ; le cadre de la salle de psychomotricité devient un espace véritable, offrant à l'enfant un holding psychique très important, apte à rassurer l'enfant dans la communication et dans le partage.

5.2. Kevin : « dessine-moi un Pokémon »

« Je me rappelai alors que j'avais surtout étudié la géographie, l'histoire, le calcul et la grammaire et je dis au petit bonhomme (avec un peu de mauvaise humeur) que je ne savais pas dessiner. Il me répondit: - Ça ne fait rien. Dessine-moi un mouton »²⁰³

En décembre 2018, les séances de Kevin prennent un tournant. Après de nombreuses séances à jouer avec les bulles de savon, il nous demande un jour de dessiner au tableau. Sa demande est très particulière. Il veut que nous dessinions un papillon lune et un papillon flambeau. Nous sommes un peu surpris par la spécificité de sa demande, et bien que piètres

²⁰³Saint-Exupéry, Antoine de. 2007. *Le petit prince*. Paris: Gallimard. p. 9

dessinateurs, nous tentons de dessiner ces papillons. Kevin semble satisfait, mais il refuse de se servir de feuilles de papier.

La semaine suivante, Kévin nous tend la main dès qu'il nous voit entrer dans la salle d'attente. Dans la salle de psychomotricité, il nous dit qu'il veut que nous dessinions un papillon lune, un papillon flambeau et un papillon «manambo». Il écrit «manambo» au tableau. Nous sommes extrêmement surpris, et demandons à l'enfant de nous en dire un peu plus. En dépit de tous nos efforts, le mot qu'il a utilisé et qu'il n'arrête pas de répéter ne nous évoque rien, si ce n'est que nous comprenons qu'il s'agit d'une demande. Sentant notre perplexité, K. dit «Pokémon» «Manambo c'est toi», ce qui nous permet de comprendre que Manambo est un Pokemon.

Pokémon est une franchise créée par le japonais Satoshi Tajiri en 1996. Sous la forme de dessins animés la série Pokémon raconte l'histoire d'un monde peuplé d'animaux fantastiques aux pouvoirs surnaturels qui vivent en harmonie avec les humains. Le mot Pokémon est la contraction des mot anglais *pocket* (poche) et *monster* (monstre). Le jeu consiste à apprivoiser et à dresser les Pokémon pour combattre et accroître leur puissance maximale après plusieurs transformations. Chaque Pokémon doit être capturé dans son milieu naturel à l'aide d'une *pokeball*, une sorte de balle dont le Pokémon ne pourra sortir que sur invocation de son maître. Dans le dessin animé, Sacha, un jeune garçon, cherche à devenir Maître. Pour ce faire, il lui faut capturer et dresser le plus grand nombre de Pokémon. Il existe 898 «espèces» de Pokémon, réparties dans 17 types : normal, feu, eau, plante, électrique, insecte, roche, sol, acier, poison, combat, spectre, ténèbres, psy, glace, dragon et vol. Ils vivent dans des environnements divers.

À la lumière de ce que nous savons des Pokémon, il nous est possible de donner un sens au mot étrange utilisé par Kevin et nous mesurons l'effort qu'il a fourni pour exprimer sa pensée devant nous. Revenons ici aux descriptions de Prizant concernant les écholalies. Dans l'évolution du langage

de l'enfant autiste, pendant tout un temps seul l'entourage proche de l'enfant sera à même de comprendre ses productions langagières. En ce qui concerne Kevin, les écholalies ont déjà une fonction de communication puisque celui-ci exprime une demande qu'il est capable de compléter. La répétition écholalique accompagne sa recherche. Lorsque le mot est trouvé, celui-ci suffit à englober tout un univers. Le langage de Kevin est très synthétique. Il s'exprime d'une façon très pragmatique et éprouve le besoin que les personnes présentes donnent un sens à ses énoncés pour pouvoir s'apaiser.

Le Pokemon qui intéresse Kevin se nomme Mamanbo et non Manambo, comme il l'avait écrit. Mamambo possède un pouvoir particulier « il recueille les Pokémon blessés et referme leurs plaies²⁰⁴ ». Tout porte à croire que le choix de ce personnage ne doit rien au hasard et que K. a été sensible à la consonance du mot qui réalise la condensation de « maman » et « bobo » dans une allusion possible à notre position de soignant. Nous avons alors pris le parti de proposer une figuration de ce Pokémon à K. Celui-ci s'en est emparé pour en réaliser un coloriage très fidèle à l'original, réalisé avec des pastels gras, lesquels présentent l'avantage d'offrir une meilleure maîtrise du geste, sans risquer de déchirer le papier.



Figure 7. Mamambo, par Kevin

²⁰⁴<https://www.pokepedia.fr/Mamanbo>

Le tracé réalisé par Kevin est fait de lignes horizontales plutôt répétitives, mais qui épousent le contour du dessin. Nous pouvons noter que lorsque Kevin colorie le dessin, son tonus s'abaisse ; le geste répétitif du coloriage l'apaise et le calme. Nous accompagnons son geste de commentaires en évoquant les couleurs, les formes, les nuances et aussi les caractéristiques du personnage. De cette façon, le dessin devient narration.

A partir de cette séance, un rituel s'installe. Une fois entré dans la salle de psychomotricité, Kevin écrit le nom d'un Pokémon au tableau. C'est à nous de le dessiner, et Kevin y met de la couleur. Nous sommes alors placés côte à côte. L'objet de l'attention partagée est le dessin, sur lequel Kevin peut faire des commentaires comme par exemple « je prends le bleu clair » « bleu foncé ici ». Pour nous, ses énoncés sont chargés de sens, même s'il arrive que certains soient incorrect du point de vue de la grammaire ou de la syntaxe. Il arrive à Kevin d'être tendu et inquiet lorsqu'il vient nous voir, sans qu'il nous soit possible de relier son état à un événement de son quotidien. Dans ces moments, il choisit d'abord les bulles de savon, et poursuit avec le coloriage une fois qu'il est parvenu à un apaisement suffisant.

Lorsque le temps de la séance ne suffit pas pour terminer un dessin, Kevin peut alors prévoir les couleurs qu'il utilisera la fois suivante pour le finir. Mais, parfois, Kevin refuse de poursuivre son coloriage et change d'activité.

Nous pourrions considérer le coloriage comme une stéréotypie, mais pour nous il n'en est rien. Kevin sait bien que chaque Pokémon qu'il crée est unique, par sa forme, sa couleur et son genre et nous voyons là un parallèle avec les phrases d'une production écholalique. Comme par résonance avec les écholalies, chaque mot est unique appartenant à un contexte particulier et bien déterminé.

Parallèlement le langage de Kevin évolue. Lorsqu'il nous voit discuter avec la mère d'un autre enfant dans la salle d'attente, il nous interpelle pour

nous dire « on y va ? ». nous pourrions nous demander s'il s'agit d'une écholalie, mais pour nous, cet énoncé est utilisé par l'enfant de façon directive, pour faire réagir l'adulte. Il s'agit bien d'un énoncé adressé, possédant une valeur de communication fonctionnelle dans l'échange. Le même jour, en arrivant dans la salle de psychomotricité, il voit qu'un nouveau ventilateur est installé et dit « ça fait un courant d'air ». Pour nous il ne fait aucun doute qu'il ne s'agit pas d'une écholalie mais d'un énoncé généré par l'enfant, en lien avec le contexte et dans l'intention de communiquer avec l'adulte, de partager avec lui une information concernant une modification de son environnement familial.

Voyons maintenant quelques exemples des Pokémon réalisés par Kevin.



Figure 8. Furaiglon par Kevin



Figure 9. Froussardine par Kevin

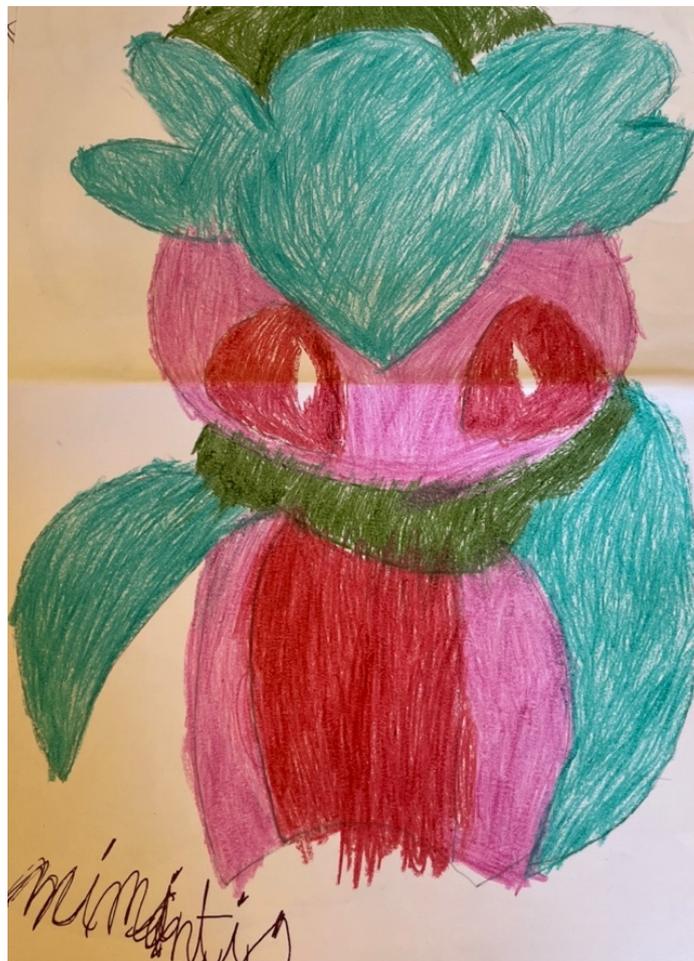


Figure 10. Mimantis par Kevin

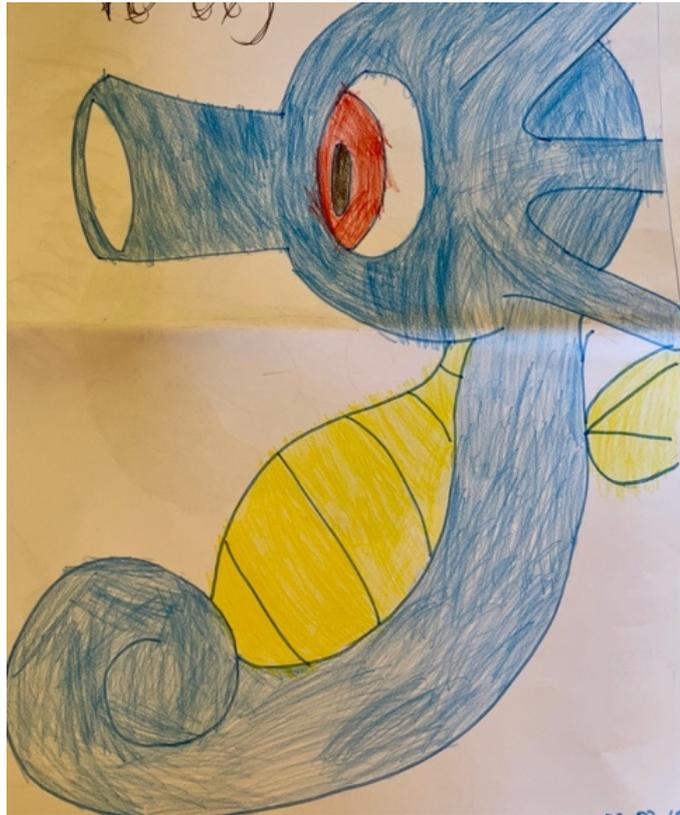


Figure 11. Hypotrompe par Kevin



Figure 12. Coquiperle par Kevin



Figure 13. Froussardine par Kevin



Figure 14. Corayon par Kevin



Figure 15. Ecayon par Kevin

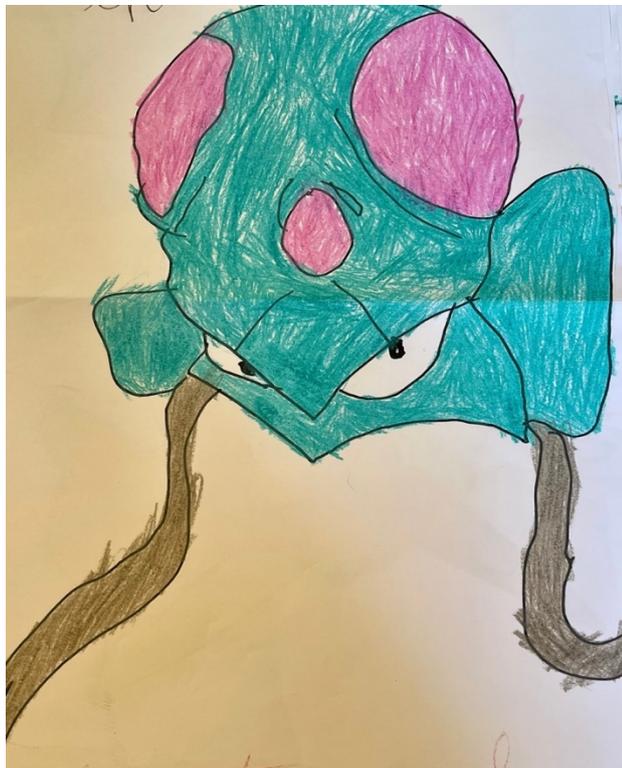


Figure 16. Tentacool par Kevin



Figure 16. Qwilfish par Kevin

À la reprise des séances après le confinement de l'année 2020, Kevin me prend par la main pour aller à la salle de psychomotricité. Il me semble que quelque chose a changé, chez lui. Kevin est visiblement inquiet, ce qui son corps traduit par des mouvements brusques et une manière saccadée de se déplacer. Kevin s'apaise un peu lorsque nous lui proposons les feuilles et le matériel de dessin. Nous remarquons alors qu'il s'est blessé au niveau du poignet droit et lui demandons ce qui s'est passé. Il nous explique qu'il s'est coupé avec une vitre : « coupé vitre ». Nous essayons de mettre des mots sur l'émotion et la douleur qu'il a dû éprouver, et nous lui demandons si sa blessure le fait souffrir. Kevin répond « mal dans ton bras qui est coupé ». Son énoncé est mal construit, Kevin n'a pu réaliser l'alternance du pronom possessif, mais le sens en est tout à fait compréhensible. Kevin souffre, mais il aura besoin de nos mots pour l'exprimer. La douleur l'empêche de se servir de sa main droite pour colorier, Comme il ne veut pas renoncer à dessiner, il utilise sa main gauche et, constatant qu'il est en difficulté nous proposons une aide qu'il accepte volontiers. La séance se termine avant que

le dessin soit fini. Avant de partir, la mère nous apprend que Kevin s'est blessé en cassant un carreau au cours d'une crise de colère, or Kevin a justement choisi un Pokémon de type eau : un Poissirène doté d'une corne coupante. Cette fois, Kevin acceptera de terminer ultérieurement le coloriage qu'il avait commencé.



Figure 17. Poissirène par Kevin

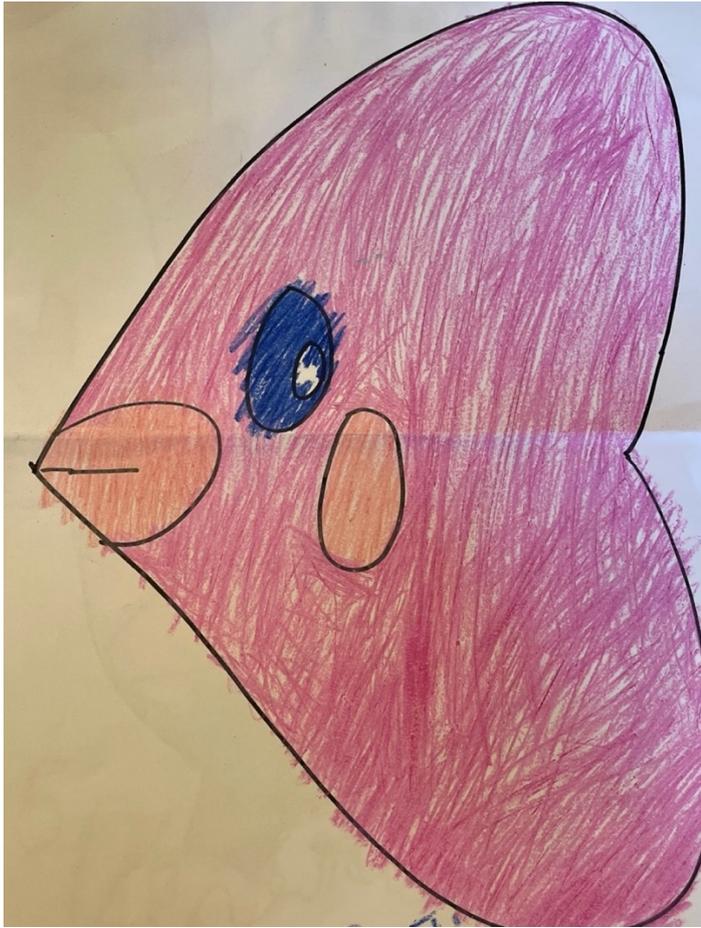


Figure 18. Lovedisc par Kevin

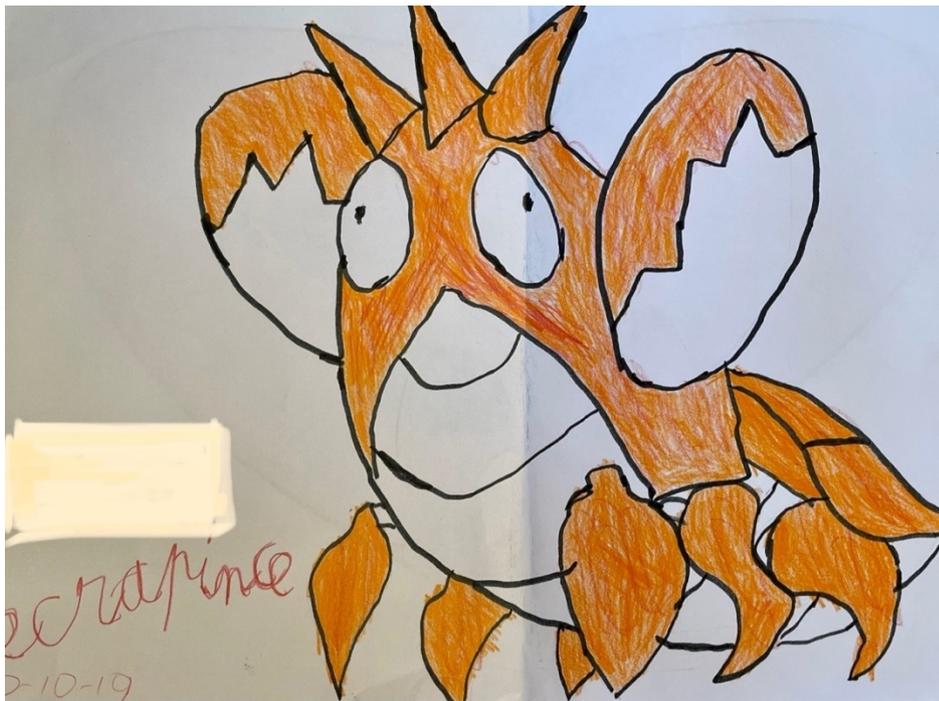


Figure 19. Ecrapince par Kevin

Lorsque nous dessinons le Pokémon Krabby, Kevin nous dit «Krabby il fait des bulles d'eau ». Nous ne manquons de faire le lien avec l'attrance de Kevin pour les bulles de savon. Ce Pokémon fait des bulles d'eau mais pas seulement, il est pourvu de pinces pour se défendre et d'une carapace solide.



Figure 20. Krabby par Kévin



Figure 21. Flingouste par Kevin

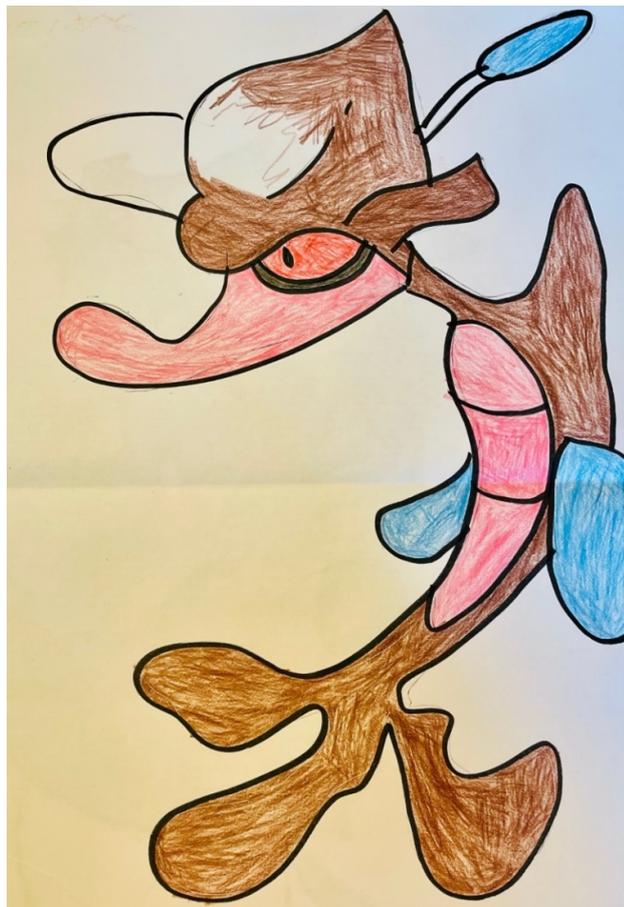


Figure 22. Venalgue par Kevin

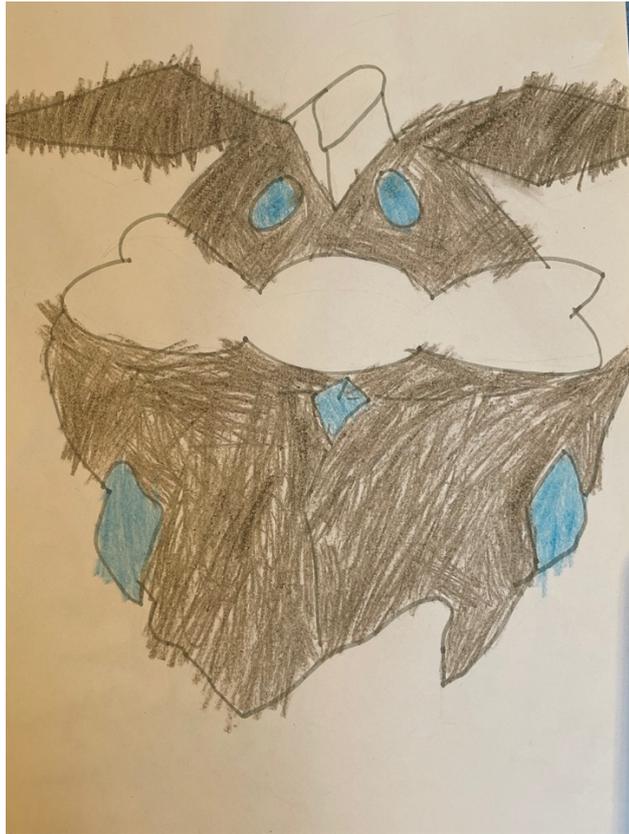


Figure 23. Strassie par Kevin



Figure 24. Carvahna par Kevin



Figure 25. Kyogre par Kevin

En décembre 2020 Kevin arrive très agité à sa séance. Il entend des chiens aboyer dans la rue mais ils ne sont pas perceptibles depuis la salle de psychomotricité. Kevin répète « le chien » « cherche le chien » en pointant par la fenêtre. Nous nous plaçons à côté de lui et cherchons un chien que nous ne voyons pas. Il me dit alors le nom d'un Pokémon qu'il veut dessiner ; « Ponchien ». Maintenant il peut chercher les Pokémon qu'il souhaite dessiner dans un livre intitulé Pokedex. Ce livre est un catalogue des Pokémon par type et par lieu d'habitation. Nous y trouvons la confirmation, sans surprise, qu'il s'agit bien d'un Pokémon chien. Kevin est en train d'apprendre à donner une forme symbolique à ses angoisses.



Figure 26. Ponchien par Kevin



Figure 27. Bulbizarre par Kevin

Nous remarquons que les dernières séances, Kevin commence à vouloir dessiner toute sorte de Pokémons, sans se restreindre aux Pokémons d'eau.



Figure 28. Salamèche par Kevin



Figure 29. Ténéfix par Kevin

Le dernier Pokémon que Kevin a réalisé fin janvier 2021 est Psykokwak, un Pokémon qui souffre de terribles migraines ; lorsque ces maux de tête atteignent le seuil de la douleur, Psykokwak se voit doté de caractéristiques métapsychiques. Il a le pouvoir d'augmenter l'humidité de l'air pour empêcher l'utilisation des capacités explosives de ses adversaires.



Figure 30. Psykokwak par Kevin

5.3. Nils, des onomatopées au langage partagé.

Nous avons commencé la prise en charge en psychomotricité de Nils en 2017. Lorsque nous avons fait sa connaissance, Nils produisait des sons très forts et un jargon que ses parents attribuaient au bilinguisme. Nils souffrait d'un débordement tonico-émotionnel renforcé par le sentiment de ne pas être compris par son entourage. Dans un premier temps, le moyen le plus efficace d'entrer en relation avec lui était de travailler autour du souffle : nous lui avons proposé des bulles de savon, des pipes à balles volantes, des pailles. Après un moment, Nils manifestait le besoin de s'isoler pendant quelques minutes. Les premières productions langagières de Nils que nous avons été en mesure de comprendre ont été des onomatopées. Or, on sait que les onomatopées font partie du développement de l'enfant tout venant : « Avec les premiers mots, on trouve également dans les productions des enfants des éléments qu'on peut décrire comme « paralexicaux ». Il ne s'agit pas de mots, mais d'interjections ou d'onomatopées. Dans le cas de l'onomatopée, les sons utilisés évoquent par imitation les sons produits par un animal, un objet ou un individu. Par exemple, l'onomatopée *ouah-ouah* imite les aboiements du chien, il y a donc un rapport entre le son produit dans l'onomatopée et l'objet ou l'animal qu'elle désigne, qu'on appellera référent (ici le référent est le chien). Puisqu'il y a imitation d'un son que produit le référent, on parlera de « signe partiellement motivé » entre le référent et la séquence sonore utilisée dans l'onomatopée ²⁰⁵ ». Les onomatopées sont très prévisibles et faciles à anticiper, elles font le lien entre une vocalisation et un objet du monde réel le plus souvent perçu visuellement. Les onomatopées sont rassurantes et elles contribuent au tissage de la multi-modalité sensorielle : le visuel - que l'enfant peut toucher - est associé au référent sonore. Citons par exemple les petites voitures, les

²⁰⁵P Dodane, C., Martel, K., Yamaguchi, N., & Morgenstern, A. (2019). Émergence des premiers mots. In C. Parisse Le langage de l'enfant : De l'éclosion à l'explosion. Presses Sorbonne Nouvelle. p.24

animaux et les livres, dont l'utilisation favorisera l'association du regard, du toucher et du son pour créer un concept.

Les onomatopées ont une place particulièrement importante dans le développement du langage des enfants autistes dans la mesure où elles aident à contextualiser. La production vocalique sera associée d'emblée à un seul objet dont l'enfant est familier. Le même son ou mot servira ensuite à désigner tous les objets appartenant à la même catégorie. Puis, l'expression onomatopéique servira à évoquer cette même catégorie, par association, en dehors de l'environnement habituel de l'enfant.

Pour Danon-Boileau, l'apparition des onomatopées est en rapport avec la mémoire des événements dans un premier temps et avec la mémoire sémantique dans un second temps : « c'est d'abord la mémoire des événements, des contextes, des circonstances particulières où l'on rencontre les objets qui permet d'évoquer leur représentation (...). Ce qui déclenche chez un enfant le recours au mot (et le souvenir de la chose qui lui correspond), c'est la situation dans laquelle il se trouve. Elle lui en rappelle une autre à laquelle l'objet est associé²⁰⁶ ». Ensuite, c'est la mémoire sémantique qui prendra le relais de la mémoire des événements (par le biais des caractéristiques de l'objet lui-même). L'évocation du contexte initial d'apparition ne sera plus nécessaire pour utiliser le mot.

Pour Nils, les premières onomatopées investies s'inspirent des bruits produits par les voitures. L'utilisation de petites voitures nous permettra un jeu à toi/ à moi. Lorsque nous envoyons les petites voitures à Nils, elles ne nous arrivent pas toujours en retour, mais Nils tient à en imiter le bruit chaque fois qu'il les reçoit. L'utilisation d'une onomatopée est ici capitale : elle permet de relancer l'échange, et confère à l'enfant un statut d'interlocuteur véritable. Pour Nils imiter une voiture est plus facile que de dire le mot « voiture ». Le plus souvent, les onomatopées sont comme une sorte de « joker » qui permet à l'enfant de communiquer. Il s'établit entre

²⁰⁶Danon-Boileau, L. (2002). Des enfants sans langage : De la dysphasie à l'autisme. Odile Jacob. p. 243

nous et Nils un échange fragile, renforcé par la dimension narrative que nous lui apportons, et la narrativisation permet à Nils une inscription psychique de l'échange. Les onomatopées présentent l'avantage d'associer le mouvement, le rythme, et le son, ce qui les rend plus faciles à utiliser et moins exigeantes et moins arbitraires que les mots, tout en offrant une évocation fidèle de l'objet.

Après quelques semaines, nous observons un changement chez Nils. Il se met à imiter le loup avec de grands gestes. Nous lui proposons alors une boîte contenant des animaux. Nous sommes sensibles au mouvement de Nils qui passe de l'imitation d'un objet inanimé celle d'un animal. A l'imitation des sons s'ajoute celle des mimiques dans une sorte de théâtralisation. Nils s'intéresse également aux comptines, ce qui va nous permettre d'enrichir l'échange par l'utilisation de mouvements qui vont accompagner les mots. « La fourmi » est l'une des premières chansons que nous partageons avec Nils. Il fait sur nous les gestes qui accompagnent les paroles de la comptine et accepte en retour que nous les fassions sur lui.

Lors d'une autre séance, alors qu'il saisissait une figurine représentant un loup, Nils s'est mis à chanter dans son intégralité « Promenons-nous dans les bois ». Peut-on continuer à penser qu'il s'agit d'une écholalie différée ? Dans quelle mesure les comptines peuvent-elles être qualifiées d'écholaliques ? Pour nous, ce qui est primordial est que cet enfant soit parvenu à établir un lien entre une figurine et une chanson qui parle de l'animal représenté, et ce d'une façon tout à fait adaptée et adressée, soutenue par une intention évidente de communiquer.

Quelques temps plus tard, Nils nous propose chanson enfantine «pirouette cacahuète» Cette fois, nous allons construire la maison du bonhomme de la chanson à l'aide de blocs en mousse. Nils accepte et participe à la construction. Nous chantons ensemble la chanson à trois reprises, il accomplit tous les gestes qui accompagnent les paroles comme s'il s'agissait d'un petit spectacle dont nous serions les seuls spectateurs. Le

choix de cette comptine nous paraît particulièrement intéressante dans la mesure où nous y voyons une sorte de figuration des angoisses de morcellement que peuvent vivre les enfants autistes. A la séance suivante, Nils veut encore refaire «la maison de pirouette cacahuète», et, contrairement à toute attente, la nouvelle construction présente des variations par rapport à précédente. Pour nous, les variations apportées par N. dans les séquences de mime sont une anticipation de la façon dont il pourra investir et enrichir son langage. Perrin et al. nous apprennent que chez les enfants autistes « le jeu de représentation reste le plus souvent au niveau fictionnel, c'est-à-dire qu'il s'arrête à la reproduction de scénarii préétablis (situations du quotidien ou familières, scénarii d'histoires ou de dessins animés) sans la créativité que suppose le jeu authentiquement symbolique. Par ailleurs, il s'enrichit difficilement dans l'interaction.²⁰⁷ Il nous semble qu'il en va différemment pour Nils dans la mesure où, pour lui, c'est précisément dans l'interaction que le jeu s'enrichit, et que Nils peut sortir des schémas répétitifs. Nils parvient à étoffer son imaginaire par l'engagement corporel dans la mise en scène partagée de chansons enfantines.

Un nouveau changement se produit. Nils commence à s'intéresser aux contes pour enfants qu'il veut mettre en scène à l'aide de petits personnages. Il choisit tout d'abord l'histoire des trois petits cochons. C'est lui qui raconte et il n'accepte pas notre intervention. Plus tard Nils est d'accord pour que nous reprenions certaines répliques. La troisième étape a été celle de la construction de la maison des trois petits cochons à l'aide de divers matériaux (pâte à modeler, papier, Kapla) pendant qu'il poursuit son récit. A mesure que Nils accepte l'introduction de ces médiums malléables, son langage évolue. Les phrases écholaliques s'assouplissent et ont de plus en plus valeur de communication. Nils les utilise à présent pour communiquer

²⁰⁷Perrin, J., Maffre, T., Barthélémy, C., & Corraze, J. (2013). Autisme et psychomotricité. De Boeck ; Solal. P.7

ses émotions. Contrairement à Kevin et à Asma, Nils a une intonation exagérée, comme « hyperadaptée ». Cette « hyperexpressivité » est une particularité du langage de Nils, toutefois, cela ne nuit pas à la communication : Nils a parcouru un grand chemin, son langage est adressé et il s'en sert à bon escient : « quand le thérapeute accompagne l'émerveillement de l'enfant dans un « trouver-crée » sans le prendre à son compte narcissique, l'enfant peut se représenter, s'approprier et partager son expérience sans se sentir dépossédé²⁰⁸ ».

En conclusion de ce chapitre, nous pouvons dire que la rêverie partagée est une condition indispensable à la construction du chemin que nous devons emprunter pour aller à la rencontre de l'enfant autiste. Alors seulement, celui-ci pourra venir à nous par le biais de minuscules variations dont l'apparition est le fruit de la créativité et de l'envie du thérapeute qui saura leur accorder une valeur de communication.

²⁰⁸Lheureux-Davidse, C. (2018a). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(1), p. 63

6. CONCLUSION

Ce travail de recherche est né d'une interrogation sur les échanges langagiers des enfants autistes avec ceux avec lesquels ils sont en lien. Dans l'étude des productions des enfants autistes, nous nous sommes constamment interrogés sur la façon dont la perspective de la psychomotricité et la prise en charge qu'elle implique pouvait soutenir et étayer l'émergence du langage. De manière générale, chez tout sujet le langage est tributaire de l'investissement du corps dans sa relation à l'autre.

Nous pouvons reformuler nos interrogations initiales de la façon suivante : Sachant que la production principale des enfants autistes est de nature écholalique, quel statut la littérature scientifique donne-t-elle à ces productions, notamment en France ? À quelles conditions peut-on penser que les écholalies sont porteuses d'une valeur communicationnelle ? En contrepoint, lorsqu'elles ne le sont pas ou peu, quel lien peut-on établir entre stéréotypies verbales (écholalies) et stéréotypies corporelles ? De manière générale, comment envisager l'incidence de l'environnement concret, matériel de l'enfant, sur l'émergence de sa parole ?

En tant que psychomotriciens, nous avons été particulièrement sensibles à l'effet de l'environnement matériel sur les réalisations motrices d'un enfant. Ceci nous a conduits par exemple à nous demander si certains dispositifs et certaines postures (la position de l'enfant dans l'espace : quand il est debout, assis, couché, disposé au centre d'un tapis, sur un plancher vibrant...) pouvaient favoriser la qualité de ses échanges et de son langage. Nous nous sommes demandés également comment partager et communiquer avec un enfant autiste pris dans une situation répétitive et comment le « dérouter » de la répétition pour l'inciter à l'échange oral. Ceci évidemment renvoie à une question essentielle que l'on peut naïvement formuler ainsi : quelle représentation pourrions-nous nous faire de l'intérêt qu'un enfant autiste porte aux échanges verbaux avec autrui ? À l'inverse, comment la représentation que l'adulte se fait des écholalies de l'enfant influe-t-elle sur la relation thérapeutique et par voie de conséquence sur le développement du langage

de cet enfant? Ces questions au départ de notre travail de thèse nous ont constamment accompagnés dans notre pratique de psychomotriciens.

Pour implémenter les hypothèses et répondre aux questions que nous venons de reformuler, nous avons présenté l'analyse des extraits significatifs de certaines vidéos. S'agissant des échanges verbaux et para verbaux ils montrent la sensibilité de l'enfant à un dialogue qui se déroule devant lui sans pourtant qu'il soit directement sollicité, ses réactions parfois paradoxales lorsqu'il est directement appelé à participer à l'interaction et la valeur et les conditions de production des énoncés écholaliques.

La médiation introduite par le robot souligne l'importance des réactions tonico émotionnelles de l'enfant au cours de l'échange ainsi que l'incidence de la position relative de l'adulte et de l'enfant. La position en côte à côte, avec centration de l'attention commune sur le robot s'avère décisive. La nécessité de limiter les stimulations sensorielles de l'enfant autiste pour permettre une meilleure interaction ressort également nettement des enregistrements. Enfin, le parti que l'on peut tirer de la surprise de l'enfant est remarquable. Quand la réaction effectivement constatée de la part du robot s'écarte de la situation que l'enfant avait anticipée, celui-ci se montre surpris et cette surprise est un objet de communication particulièrement riche. Ce constat est à mettre en parallèle avec les observations faites quand l'enfant autiste est imité par l'adulte. Il peut également en résulter une surprise qui s'avère l'enjeu d'un échange singulièrement fécond.

Pour comprendre la valeur des échanges entre l'enfant et son environnement la lecture des travaux de Dyer, comme ceux de Prizant et de son équipe ont été pour nous décisifs. Ils nous ont amenés à réfléchir sur les conditions dans lesquelles il est possible d'attribuer aux écholalies une fonction communicative. C'est ce qui nous a conduits à confronter les propositions de ces auteurs aux situations cliniques observées avec les patients vidéoscopés, y compris lors de séances de psychomotricité. Ainsi nous avons montré que les écholalies sont souvent des énoncés adressés qui sollicitent une réponse ou une réaction de l'autre, ce qui atteste l'existence d'une intention de partage.

Toutefois, le langage de l'enfant autiste n'est pas toujours un langage destiné à la communication. Au même titre que certaines stéréotypies motrices, certaines écholalies peuvent être des manières pour l'enfant, de faire naître chez lui des retours sensoriels et proprioceptifs. Le phénomène de l'écholalie, constitue donc, un continuum qui part de la répétition motrice autostimulatrice, passe par une certaine façon de s'assurer d'une compréhension du monde, pour aboutir à une communication d'un genre particulier. Nous retrouvons ici les hypothèses de Prizant, et l'intérêt qu'il y a à différencier les fonctions des écholalies : Un même énoncé écholalique peut avoir diverses fonctions dans l'échange. Les catégories que propose cet auteur mériteraient sans doute d'être encore précisées. Nous pensons notamment à une catégorie d'énoncé écholalique qu'il n'a pas relevée : il s'agit de celle qui permet à l'enfant de construire une attention conjointe et un partage émotionnel avec l'adulte. En raison de cet effet particulier, on pourrait l'appeler écholalie de pointage. Comme le note Prizant, les différentes valeurs fonctionnelles des écholalies ne sont nullement exclusives et il arrive qu'on en observe plusieurs au cours d'une même séance avec le même enfant.

Pour saisir pleinement la valeur des écholalies, il est essentiel de les mettre en lien avec les spécificités de l'investissement corporel de l'enfant. Le langage est un phénomène qui intéresse tout ensemble le corps et la psyché. Dans cette perspective, une analyse détaillée des écholalies successives d'un enfant révèle constamment des variations. Ces variations confirment la valeur fonctionnelle de ce type d'énoncé. Elles témoignent également d'une adaptation progressive de l'enfant à son interlocuteur, à condition toutefois que ce dernier attribue un sens à ses productions à lui. Ne pas accorder de valeur communicationnelle à une écholalie peut opacifier le message, et nuire à l'intention communicative de l'enfant.

L'évolution du langage de l'enfant autiste, la « normalisation » de ses formes attestant d'une prise en compte plus banale de l'intersubjectivité se fait par microvariations. Celles-ci sont facilitées par la position en côte à côte des interlocuteurs, l'enfant étant alors à côté de l'adulte et non en face de lui. En effet, cette position libère l'enfant de l'analyse visuelle des mimiques de l'adulte et de sa prise en compte au cours de l'échange.

Le chemin qui mène l'enfant autiste de l'écholalie à une parole manifestant une intersubjectivité banale dépend, en partie, de la qualité de l'étayage fourni par le thérapeute est décisive. Dans une perspective psychanalytique, les écholalies et le langage corporel de l'enfant s'ouvrent encore à d'autres mises en sens. Il s'agit alors pour l'intervenant d'enrichir les propositions de l'enfant en l'amenant à organiser le sens de ce qu'il produit. Il ne s'agit certes pas de lui imposer ce que René Diatkine appelait « une traduction en langage psy », mais de l'aider à élaborer progressivement une intentionnalité avec lui, de la co-construire, en partageant les propositions imaginaires que l'on peut supposer à ce qu'on lui voit faire. La place du thérapeute engagé, soucieux d'ouvrir les répétitions de l'enfant à une quête de sens comme à l'émergence de variations est ici décisive. C'est en soulignant la valeur et le sens des propositions faites par l'enfant que ce dernier peut devenir l'acteur de son développement et cesser d'être le simple objet d'une prise en charge pédagogique.

Dans la communication langagière, on observe donc progressivement l'émergence de variations à partir d'éléments initialement simples et clairement identifiables. La même chose s'observe sur le plan psychomoteur : avec Nils nous sommes ainsi passés du recours exclusif à la voix à la manipulation des personnages en plastique, à la pâte à modeler, puis au dessin. La variation a ici permis une récupération sensorielle, mais toujours à partir de la mise en jeu initiale d'éléments figuratifs pauvres et répétitifs. Le travail consiste, comme nous le voyons, à accueillir d'abord ces éléments pauvres et répétitifs souvent suggérés par l'enfant pour promouvoir leur transformation en un matériau diversement représentable et partageable. L'écholalie est susceptible d'évoluer vers l'intersubjectivité par l'apport de micro-variations amenées par le thérapeute ou par l'enfant lui-même. Un certain nombre de signes précèdent l'émergence du langage chez l'enfant autiste, leur apparition constitue les premiers pas vers l'intersubjectivité. Pour parcourir ce chemin, il est nécessaire que l'enfant autiste soit soutenu par un thérapeute sensible à l'importance des jeux à tour de rôle, à l'identification des petites modifications susceptibles de se produire dans les jeux, les énoncés et les récits ; et surtout au surgissement du plaisir partagé autour de la surprise que crée le changement. De

cette façon, les écholalies de l'enfant autiste cesseront d'être de simples répétitions pour devenir des énoncés créatifs auto-adressés et auront pleinement leur place dans un échange communicationnel intersubjectif.

Dans le travail avec l'enfant autiste, de manière générale, le recours à la simplification est décisif. En effet, la difficulté cognitive qui entrave sa communication est fondamentalement un trouble de l'association. Or l'échange communicationnel exige un effort d'association à de nombreux égards : la production la reconnaissance et l'articulation du geste, de la parole, de l'intonation et de la mimique. C'est un point sur lequel a longuement insisté Bruno Gepner. La lecture de ses travaux montre l'intérêt qu'il y aurait à simplifier le traitement sensoriel dans l'échange avec les enfants autistes. Il faut d'abord décomplexifier parole et mouvements du corps quitte à revenir ensuite à une plus grande complexité. Dans la perspective de sensorimotricité d'André Bullinger nous dirons qu'il convient d'abord d'abaisser le niveau des afférences sensorielles (la quantité d'information fournie par chaque modalité sensorielle et le nombre des modalités sensorielles sollicitées) pour favoriser la mise en place d'une intersensorialité à un niveau restreint. Faute de cela, il risque d'y avoir une défaillance. Le sujet en éprouve alors des angoisses de morcèlement et de démantèlement car le fonctionnement de ses différents organes des sens se fait alors de façon indépendante. Dans la communication avec l'enfant autiste, l'objectif est ainsi d'abaisser le nombre et l'importance des différentes sollicitations sensorielles pour ne garder dans un premier temps que celles qui sont indispensables. Par exemple, dans la position d'échange en côte à côte, l'enfant ne voit pas l'interlocuteur et n'a pas à prendre en compte ses mimiques. Il n'a pas non plus à faire effort pour maintenir l'objet d'attention commune comme thème de l'échange. La communication est simplifiée. Le traitement sensoriel exigé par l'échange est plus abordable pour l'enfant autiste ce qui favorise son accès à l'intersubjectivité. C'est à ce titre que le robot, comme support de médiation thérapeutique, peut contribuer au développement de l'attention conjointe chez les enfants autistes.

L'évolution des écholalies également compte de la façon dont l'enfant autiste utilise son corps dans la relation. Notre conception du travail thérapeutique en psychomotricité avec les enfants autistes n'a pas pour but de les "normaliser" mais de les faire accéder au plaisir de la communication par le langage dans tous ses aspects, y compris corporel. Nous avons voulu mettre en lumière la façon dont l'étayage émotionnel, affectif et corporel que constitue l'entourage de l'enfant - le « milieu humain » selon les termes de Bullinger - peut contribuer à révéler le potentiel de créativité des productions écholaliques. L'accès aux échanges intersubjectifs, aide l'enfant à lutter contre le morcellement, comme nous l'ont montré les différentes vignettes cliniques concernant le travail avec un robot, les comptines et les dessins.

Dans notre parcours de recherche, nous avons été amenés à réfléchir sur la valeur des écholalies et leur évolution à partir de travaux psycholinguistiques. Mais nous avons également cherché à éclairer de manière plus générale l'évolution et le déploiement du langage de l'enfant autiste à partir de notre travail auprès de ces enfants dans notre pratique thérapeutique en psychomotricité.

Nous mettons ici un point final à ce travail, mais non à notre réflexion clinique. Nous concluons avec Henri Michaux : « tout progrès, toute nouvelle observation, toute création semble créer (avec une lumière) une zone d'ombre. Toute science crée une nouvelle ignorance. Tout conscient un nouvel inconscient. Tout apport nouveau créé un nouveau néant... Signes, symboles, élans, chutes, départs, rapports discordances, tout y est pour rebondir, pour aller plus loin, pour une autre chose ²⁰⁹»

²⁰⁹Michaux H. (1963). Plume. Gallimard. p 220

7. Postface

Dans la mythologie grecque Écho était une Nymphé. *« Elle ne pouvait plus se servir de sa voix si ce n'est pour répéter comme une insensée les paroles de quelqu'un d'autre : c'était une punition pour avoir retenu l'attention d'Héra en lui racontant des longues histoires pendant que les concubines de Zeus, les nymphes de la Montagne échappaient à son œil jaloux et parvenaient à s'enfuir. Un jour Narcisse était sorti pour prendre des cerfs au filet, Écho le suivit furtivement dans la forêt épaisse, dévorée du désir de lui adresser la parole mais incapable de parler la première. A la fin, Narcisse, s'étant aperçu qu'il s'était égaré et avait perdu ses compagnons cria « Holà, y a-t-il quelqu'un par ici ? » « Par ici » répondit Écho, ce qui surprit Narcisse car on ne voyait personne.*

« Viens »

« Viens »

« Pour quoi me fuis-tu ? »

« Pour quoi me fuis-tu ? »

« Rejoignons- nous ! »

« Rejoignons- nous ! » répéta Echo et, sortant de sa cachette, toute heureuse, elle se précipita pour embrasser Narcisse. Mais il la repoussa brutalement et s'enfuit. « Je mourrai plutôt que d'être à toi »

« ... être à toi » Implora Echo.

Mais Narcisse était parti, et elle passa le restant de sa vie dans des vallons abandonnés, se languissant d'amour et se laissant dépérir par mortification, au point que seule sa voix subsista »²¹⁰.

²¹⁰Graves R. (2007) « Les mythes grecs ».Hachette Littératures p. 309.

Le mythe d'Écho nous semble une belle métaphore de la situation dans laquelle se trouvent les enfants autistes ; ils ont le désir de communiquer avec autrui, de partager leur vécu, mais du fait de leurs difficultés linguistiques, ils se trouvent dans l'impossibilité de le faire. Ils sont ainsi rejetés et mis à l'écart de tout échange. Mais les enfants ne sont pas les seuls en cause, et dans l'histoire de la nymphe Écho, Narcisse, incapable d'empathie, ne mesure pas les efforts de la personne qui le sollicite. Or, l'empathie *« n'est pas même une manière d'avoir accès à ce qui constitue l'intime en l'autre. C'est seulement une manière d'avoir accès à sa manière d'appréhender le monde, à sa manière de vibrer devant le monde. C'est communiquer en ayant connaissance de la perspective dont l'autre dispose sur ce qu'il prend en compte »*²¹¹.

Combien de fois les thérapeutes se conduisent-ils comme Narcisse dans la relation avec les enfants autistes ? Combien de fois l'entourage a-t-il considéré les écholalies comme de simples répétitions dépourvues de sens ? Pourquoi il nous est si difficile de voir dans le langage des enfants autistes leur désir, leur envie de communiquer avec nous ?

²¹¹Danon-Boileau L, Eckert F., Florez-Pulido C.L., (2014) La place de l'empathie dans la communication verbale, *« L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique »*. Doin Editeurs, p.166

8. BIBLIOGRAPHIE

Amy, M. D. & Coordination internationale de psychothérapeutes psychanalystes (Éds.). (2014). *Autismes et psychanalyses évolution des pratiques, recherches et articulations*. Érès éd.

Amy, M. D. & Coordination internationale de psychothérapeutes psychanalystes (Éds.). (2016). *Autismes : Spécificités des pratiques psychanalytiques : autismes et psychanalyses II*. Éditions érès.

Amy, M. D., Golse, B., & Coordination internationale de psychothérapeutes psychanalystes (Éds.). (2018). *Construction et partage du monde interne : Autismes et psychanalyses 3*.

Amy, M.-D. (2016). *Autismes, les inquiétudes d'une psychanalyste*. ERES.

Baddoura, R. (2016). Le potentiel thérapeutique de l'interaction homme-robot. 4. La Lettre du Psychiatre • Vol. XII - n° 1

Barabé, N. (2019). *Troubles sensoriels et subjectivation chez les personnes autistes*. l'Harmattan.

Beaud, L. (2010). L'écholalie chez l'enfant autiste : Un trouble pragmatique de l'unité interactionnelle ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58(3), 168-176.

Bloch, H. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse.

Bloch, Henriette. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse.

Bottema-Beutel, K. (2017). Glimpses into the blind spot: Social interaction and autism. *Journal of Communication Disorders*, 68, 24-34.

Boutinaud, J. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. In Press.

Boutinaud, J., Joly F., Moyano O., et Rodriguez M.(2014). *Où en est la psychomotricité? : état des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique*. Paris : In Press.

Brigaudiot, M., & Danon-Boileau, L. (2016). *La naissance du langage dans les deux premières années*.

Bronstein, C., & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, Vol. 76(3), 769-778.

Bullinger, A. (2015a). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Erès.

Bullinger, A. (2015b). Quelques réflexions sur l'espace de pesanteur. In *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (p. 33-40). ERES.

Butler, A. de. (2003). De la répétition au changement: La visée thérapeutique. *Dialogue*, no 160(2), 89-100.

Calvy, O., Bernard, I., Gorbatova, N., Laquiéze-Waniek, E., Basset, A., Filippi, A., & Rossi, G. (2015). *L'autisme au prisme de la psychanalyse*. 12.

Carel, A. (2008). Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson. In *Les bébés à risque autistique: Vol. 2e éd.* (p. 45-64). ERES.

Centre culturel international (Cerisy-la-Salle, M., Botbol, M., Garret-Gloanec, N., & Besse, A. (2014a). *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique : Colloque de Cerisy*. Doin.

Centre culturel international (Cerisy-la-Salle, M., Botbol, M., Garret-Gloanec, N., & Besse, A. (2014b). *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique : Colloque de Cerisy*. Doin.

Corraze, J. (2009). *Psychomotricité : Un itinéraire*. Solal.

Danon-Boileau, L. (2002). *Des enfants sans langage : De la dysphasie à l'autisme*. Odile Jacob.

Danon-Boileau, L. (2007). *La parole est un jeu d'enfant fragile*. Jacob.

Danon-Boileau, L. (2012). *Voir l'autisme autrement*. Odile Jacob.

Danon-Boileau, L., Bandelier, E., Eckert, F., Florez-Pulido, C., Leibovici, C., Soares, J., & Ylmaz, E. (2011). La solitude du dialogique chez l'enfant autiste : Du dialogue solitaire au dialogue interactif. *Cahiers de praxématique*, 57, 177-192.

Danon-Boileau L, Eckert F., Florez-Pulido C.L., (2014). La place de l'empathie dans la communication verbale, *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*. Doin Editeurs,165-191.

Delion, P. (2006). *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique*. Presses universitaires de France.

Delion, P. (2008). Le dépistage clinique précoce. Introduction à la deuxième édition. In *Les bébés à risque autistique: Vol. 2e éd.* (p. 9-24). ERES.

Delion, P. (2013). *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*. Erès.

Delion, P. (2015). Hommage à André Bullinger. *Le Carnet PSY*, N° 188(3), 48-49.

Delion, P., & Golse, B. (2013). *Autisme : État des lieux et horizons*. Eres.

Delrieu, A. (2008). *Sigmund Freud : Index thématique ; [raisonné, alphabétique, chronologique, anthologique, commenté]*. Anthropos.

Dodane, C., Martel, K., Yamaguchi, N., & Morgenstern, A. (2019). Émergence des premiers mots. In C. Parisse (Éd.), *Le langage de l'enfant : De l'éclosion à l'explosion*. Presses Sorbonne Nouvelle. 41-58

Dolto, F. (1987). *Tout est langage*. Vertiges du nord : Carrère.

Ducrot, O., & Schaeffer, J.-M. (1995). *Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*. Editions du Seuil.

Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : Aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, Volume 3(1), 41-51.

Dyer, C., & Hadden, A. J. (1981). Delayed echolalia in autism : Some observations on differences within the term. *Child: Care, Health and Development*, 7(6), 331-345.

Echoes of Language Development : 7 Facts About Echolalia for SLPs. (2017, mai 9). Leader Live – Happening Now in the Speech-Language-Hearing World.

Echolalia_sem_spl_lang_1983.pdf. (s. d.). Consulté 27 janvier 2020, à l'adresse

Fay, W. H., & Butler, B. V. (1968). Echolalia, IQ, and the developmental dichotomy of speech and language systems. *Journal of Speech and Hearing Research*, 11(2), 365-371.

Fay, Warren H. (s. d.). *ON THE BASIS OF AUTISTIC ECHOLALIA*. 10.

Fay, Warren H. (1969). On the basis of autistic echolalia. *Journal of Communication Disorders*, 2(1), 38-47.

Fay, Warren H. (1972). The Challenge of Personal Pronouns. *Journal of Learning Disabilities*, 5(5), 299-305.

Freud, S., & Altounian, J. (2012). *Oeuvres complètes / 1916-1920 / [trad. : Janine Altounian ... et al.] Vol. 15.*

Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité.* Heures de France.

Gepner, B. (2006). Constellation autistique, mouvement, temps et pensée. *Devenir*, Vol. 18(4), 333-379.

Gepner, B. (2014). *Autismes ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur.* O. Jacob.

Girardier, N. & Université Claude Bernard (Lyon) (Éds.). (2016). *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives, pour une pensée en mouvement.* In Press.

Golse, B. (2006a). De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet PSY*, n° 109(5), 25-29.

Golse, B. (2006b). De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet PSY*, n° 109(5), 25-29.

Golse, B. (2017). *Mon combat pour les enfants autistes.*

Golse, B., & Bidault, H. (2011a). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : Compléments sur l'émergence du langage.*

Grandin, T., Panek, R., & Botz, A. (2014). *Dans le cerveau des autistes.* O. Jacob.

Grollier, M. (2007). Analyse d'énoncés d'enfants autistes à partir de la psychanalyse, quelle ouverture pour une énonciation? *L'Évolution Psychiatrique*, 72(3), 421-435.

Graves R. (2007). *Les mythes grecs.* Hachette Littératures.

Haag, G. (2018). *Le moi corporel. Clinique de l'autisme.* Presses Universitaires de France.

Haute Autorité de santé. (2012). Synthèse de la recommandation de bonne pratique : Indications de la césarienne programmée à terme. *Revue de médecine périnatale*, 4(2), 92-95.

Hébert, F. (2015). Rythme, chant, gestes : un langage pour l'autiste. *Santé Social*, 181-220.

Hermant, G. (2008). La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, N° 28-29(1), 27-40.

Hobson, R. P., Chidambi, G., Lee, A., Meyer, J., Müller, U., Carpendale, J. I. M., Bibok, M., & Racine, T. P. (2006). Foundations for Self-Awareness: An Exploration through Autism. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 71(2), i-166. JSTOR.

Hochmann, J. (2017). De l'autisme de Kanner au spectre autistique. *Perspectives Psy*, Vol. 56(1), 11-18.

Houzel, D. (2006a). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances Psy*, no 33(4), 57-68.

Houzel, D. (2006b). Les modèles dynamiques de l'autisme. *Perspectives Psy*, Vol. 45(3), 213-216.

Houzel, D. (2011). Flux sensoriels et flux relationnels chez l'enfant autiste. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 1(2), 141-155.

Joubert, M. (2018). *A quoi pensent les autistes ?* Gallimard.

Laznik, M (2014). *La théorie lacanienne de la pulsion permettrait de faire avancer la recherche sur l'autisme*. www.Laznik.fr

Lheureux Davidse, C. (2003). *L'autisme infantile, ou, Le bruit de la rencontre : Contribution à une clinique des processus thérapeutiques*. Harmattan.

Lheureux-Davidse, C. (2007). Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix. *Champ psychosomatique*, n° 48(4), 185-203.

Lheureux Davidse, C. (2014). L'apport de la psychanalyse en institution dans la clinique de l'autisme. *Psychiatrie Psychanalyse et Sociétés*, 1(1).

Lheureux-Davidse, C. (2015) « Dialogue avec son double face à un mur », *Voix des murs, Voix d'a-Mur*, voix/psychanalyse, Solipsy, collection de psychanalyse des éditions Solilang, 137-146.

Lheureux-Davidse, C. (2018a). Émergences du langage en psychothérapie. Des écholalies aux dialogues internes, vers un langage plus adressé et communicatif. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(1), 45-66.

Lozinski, K., & Guilé, J.-M. (2009). Place de l'écholalie différée dans le développement de la communication chez un enfant présentant un autisme de Kanner. *Perspectives Psy*, Vol. 48(1), 72-83.

Meltzer, D. (2002). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Payot & Rivages.

Meltzer, D. (2008). *The Kleinian Development*. Karnac Books.

Meltzoff_Like Me Hypothesis.pdf. (s. d.). Consulté 27 octobre 2019, à l'adresse http://mirroneurons.free.fr/Meltzoff_Like%20Me%20Hypothesis.pdf

Michaux H. (1963). *Plume*. Gallimard. p 220

Morgenstern, A. (2019). *Le développement multimodal du langage de l'enfant : Des premiers bourgeons aux constructions multimodales*. UGA Edition.

Mottron, L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Mardaga.

Mottron, L. (2016). *L'intervention précoce pour enfants autistes : Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence*. Mardaga.

Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir : Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod.

Neely, L., Gerow, S., Rispoli, M., Lang, R., & Pullen, N. (2015). Treatment of Echolalia in Individuals with Autism Spectrum Disorder : A Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3.

Park, M. (2008). Making Scenes : Imaginative Practices of a Child with Autism in a Sensory Integration-Based Therapy Session. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(3), 234-256. JSTOR.

Perrin, J., Maffre, T., Barthélémy, C., & Corraze, J. (2013a). *Autisme et psychomotricité*. De Boeck ; Solal.

Perrin, J., Maffre, T., Barthélémy, C., & Corraze, J. (2013b). *Autisme et psychomotricité*. De Boeck ; Solal.

Pireyre, E. (2015). *Cas pratiques en psychomotricité : [Pratiques cliniques concrètes, populations et médiations variées, mise en perspective historique et conceptualisation]*.

Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile / Cairn.info. (s. d.). Consulté 7 octobre 2019, à l'adresse <https://www-cairn-info.rproxy.sc.univ-paris-diderot.fr/revue-enfance2-2009-1-page-121.htm>

Plumet, M.-H. (2014). *L'autisme de l'enfant : Un développement sociocognitif différent*. Colin.

Pouillaude, E. (2018). L'enfant autiste et son parent face à l'échec de l'intersubjectivité : Une clinique de la narrativité. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(4), 533-543.

Prizant, B. M., & Duchan, J. F. (1981). The functions of immediate echolalia in autistic children. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(3), 241-249.

Prizant Barry M. (1983). Language Acquisition and Communicative Behavior in Autism. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48(3), 296-307.

Prizant Barry M. & Rydell Patrick J. (1984). Analysis of Functions of Delayed Echolalia in Autistic Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 27(2), 183-192.

Prizant, B.M. (1983). Echolalia of autistic individuals : Assessment and intervention issues. *Seminars in Speech and Language*, 4, 63-77.

Resnik, S. (2011). Réflexion sur autisme et psychose. Hommage à Frances Tustin. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 1(2), 209-230.

Rivière, J. (2002). *Le développement psychomoteur du jeune enfant idées neuves et approches actuelles*. Solal éd.

Robert, P., & Rey-Debove, J. (Éds.). (2012). *Le petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (Nouv. éd. millésime 2012 du Petit Robert de Paul Robert, éd. anniversaire 60 ans du Robert). Le Robert.

Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.

Roberts, J. M. A. (1989). Echolalia and comprehension in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 271-281.

Rossi, C. (2019). Mouvement et développement du langage. In A. Morgenstern & C. Parisse (Éds.), *Le langage de l'enfant : De l'éclosion à l'explosion* (p. 100-117). Presses Sorbonne Nouvelle.

Roudinesco, E., & Plon, M. (2006). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Fayard.

Saad, A. G. de F., & Goldfeld, M. (2009). Echolalia in the language development of autistic individuals: A bibliographical review. *Pro-Fono: Revista De Atualizacao Cientifica*, 21(3), 255-260.

Saint-Exupéry, A. de. (2007). *Le petit prince*. Gallimard.

Schopler, E., & Mesibov, G. B. (1985). *Communication Problems in Autism*. Springer Science & Business Media.

Schuler, A. L., & Prizant, B. M. (1985). Echolalia. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Éds.), *Communication Problems in Autism* (p. 163-184). Springer US.

Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.

Soler, C. (2008). Du parlêtre. *L'en-je lacanien*, n° 11(2), 23-33.

Srinivasan, S. M., Park, I. K., Neelly, L. B., & Bhat, A. N. (2015). A comparison of the effects of rhythm and robotic interventions on repetitive behaviors and affective states of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 18, 51-63.

Sterponi, L., & Fasulo, A. (2010). "How to Go On" : Intersubjectivity and Progressivity in the Communication of a Child with Autism. *Ethos*, 38(1), 116-142. JSTOR.

Stiegler Lillian N. (2015). Examining the Echolalia Literature : Where Do Speech-Language Pathologists Stand? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(4), 750-762.

Suarez-Labat, H., & Chabert, C. (2015). *Les autismes et leurs évolutions : Apports des méthodes projectives*. Dunod.

Touati, B., Joly, F., & Laznik-Penot, M.-C. (Éds.). (2007). *Langage, voix et parole dans l'autisme*. Presses universitaires de France.

Van Waeyenberghe, M., & Diatkine, R. (2004). *Langages et activités psychiques de l'enfant*. Ed. du Papyrus.

Vandenbroucke, B. (2007). Les sensorialités en psychanalyse. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, N° 122(2), 73-81.

Velano, M. F. e S. (2016). L'identification chez l'enfant autiste : Parcours et extension du concept dans la théorie post-kleinienne. *Topique*, n° 135(2), 119-133.

Vivanti, G., & Rogers, S. J. (2014). Autism and the mirror neuron system: Insights from learning and teaching. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 369(1644), 1-7. JSTOR.

Winnicott, D. W., Michelin, M., Rosaz, L., & Spock, B. (1997). *Le bébé et sa mère*. Payot.

Xavier, J., Bursztejn, C., Stiskin, M., Canitano, R., & Cohen, D. (2015). Autism spectrum disorders: An historical synthesis and a multidimensional assessment toward a tailored therapeutic program. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 18, 21-33.