Université Abderrahmane Mira Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master

Spécialité: Pathologies du langage et de la communication

Thème:

La prise en charge orthophonique de l'écholalie chez les enfants atteints du spectre autistique. Étude de trois cas réalisée au niveau d'un cabiné privé.

Réalisé par :

- MESSAOUDI Azzedine
- MOKRI Lyes

Encadrés par :

Dr. GUEDDOUCHE Salima

Année universitaire : 2023 / 2024

Remerciement

Le grand merci s'adresse au Bon Dieu le tout-puissant, de nous avoir donné la force et la patience, et qui nous a guidé et éclairé notre Chemin pour la réalisation de notre mémoire.

Tout d'abord, à nous chers parents pour leurs soutiens, et leurs patiences durant toutes nos années d'étude.

Ensuite, Nous tenons à remercier chaleureusement et respectivement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail de fin d'études.

Notre remerciement s'adresse en particulier à notre encadreur Madame Gueddouche Salima, pour avoir bien voulu accepter l'encadrement de ce travail de recherche, pour sa disponibilité, son écoute, son suivi, son aide et ses conseils précieux durant la préparation de notre mémoire.

Notre remerciement s'adresse également au cabinet d'orthophonie Hammouchi Sylia. Pour ses conseils, son encouragement et son aide durant toute la période de notre stage, au niveau d'Akbou, wilaya de Bejaia. Sans oublier l'ensemble du personnel, l'équipe de travail du cabinet.

Notre remerciement s'adresse aussi à Madame Azzoug Hamama, pour sa disponibilité, son aide, son suivi et ces conseils précieux durant la préparation de notre mémoire.

Nous tenons à remercier les parents des enfants autistes qui se sont rendus disponibles avec leurs aides et participent à notre travail et pour leur confiance.

À toutes nos amis et proches qui n'ont pas hésité à nous donner leur aide et du courage dans les moments difficiles.

Enfin nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Dédicace

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie et une pensée pleine de reconnaissance inspirée de générosité et de gentillesse que je dédie ce modeste travail de fin de cycle en particulier.

À mes très chers respectueux et magnifiques parents, qui étaient toujours la pour moi avec leurs amour, leurs tendresse, leurs soutien et leurs prières tout au long de mes études, je souhaite pour eux une heureuse et longue vie.

À mon cher frère : **Salim** pour son encouragement permanents et son soutien moral.

À la mémoire de mes grands-parents qui ont été pour moi des exemples de bien être. Que Dieu les accueillent tous dans leurs vaste paradis.

À mon binôme Lyes pour son appartenance avec moi, et aussi **Razika** qui ma toujours aidé.

À ma chère et adorable, **Yasmine** qui m'a toujours accompagné durant tout mes études, et qui m'encourage à avancer, et à ne pas abandonner.

À ma promotrice Madame **Gueddouche Salima**, sans oublier Madame **Azzoug Hamama**. Et mon maître de stage Madame **Hammouchi Sylia.** Et à toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu durant la réalisation de ce travail.

Azzedine.

Dédicace

Avec un immense plaisir, un cœur ouvert et une immense joie, je dédie ce modeste travail de fin de cycle en particulier.

À mes parents, qui ont été toujours présents pour moi avec leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études, je souhaite pour eux une heureuse et longue vie.

À mes frères et sœurs, pour leurs encouragements permanents et leur soutien moral.

À la mémoire de mon père, qui a été un exemple de bien-être pour moi. Que Dieu l'accueille dans son vaste paradis.

À mon binôme, Azzedine, pour son partenariat avec moi.

À ma promotrice, Madame Gueddouche Salima, ainsi qu'à Madame Azzoug Hamama et Madame Hammouchi Sylia, pour leur aide et leur soutien durant la réalisation de ce travail. Et à toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu durant la réalisation de ce travail, je vous exprime ma gratitude.

Lyes.

Table des matières

Introduction 1

La problématique 3

Définitions opérationnelles des concepts clés 6

Partie théorique

Chapitre I : Trouble du spectre autistique

Préambule 10

I- Trouble du spectre autistique (TSA) : 10

1. Aperçus historique 10

2. Définition des TSA 11

Selon la CIM 10 11

Selon le DSM5 11

3. La prévalence des TSA 12

4. L'évolution des TSA 13

5. Classification des TSA selon DSM5 14

6. L'étiologie du TSA 15

6.1 Les facteurs génétiques 16

6.2 Les facteurs environnementaux 16

7. Les troubles associés aux TSA 16

7.1 Retard mental 16

7.2 L'épilepsie 17

7.3 Les déficits sensoriels et visuels 17

7.4 Les anomalies génétiques 17

8. Symptômes associés aux TSA 17

8.1 Le trouble du sommeil 18

8.2 Les problèmes moteurs 18

8.3 Trouble de l'alimentation 18

8.4 Trouble émotionnel 18
9. Les symptômes et les caractéristiques des TSA 19
9.1 Comportement répétitif et /ou restreint 19
9.2 Les interactions sociales 19
9.3 Altération qualitatives de la communication 20
10. Diagnostique différentiel selon DSM5 20
II. La communication 21
1. Définition de la communication 21
2. Les précurseurs de la communication et du langage 21
2.1 L'imitation 21
2.2 Le pointage 22
2.3 L'attention conjointe 22
2.4 L'alternance 22
2.5 Le jeu 23
3. Les modèles explicatifs de la communication 23
4. la communication verbale 26
5. Communication non verbale 27
III. Les méthodes de prise en charge des TSA 28
1. la méthode CAA (La Communication Alternative et Augmentée) 28
2. de la méthode ABA 30
3.Les objectifs de la méthode ABA 30
4. la méthode PECS (Picture Exchange Communication System) 31
5. programme Makaton 32
Synthèse ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Chapitre II : L'écholalie

Préambule 34
1 - Définition de l'écholalie 34

1. Définition de l'écholalie selon le dictionnaire d'orthophonie 34
2-Les types de l'écholalie 34
2.1 L'écholalie immédiate 35
2.2. L'écholalie différée 35
2. 3.L'écholalie pure 35
2.4 L'écholalie mitigée 35
3. Les fonctions de l'écholalie 35
1. Une forme de communication 35
2. Apprentissage du langage 36
3. Compréhension de soi 36
4. Scénario 36
4. Critères fonctionnels de l'écholalie 36
4.1 Les fonctions de l'écholalie immédiate 37
4.2 Les fonctions de l'écholalie différée 38
5. L'étiolologie de l'écholalie 39
6. Les troubles associés à l'écholalie 39
6.1 Autisme et écholalie 39
6.2 Aphasie et écholalie 40
6.3 Démence et son association avec l'écholalie 40
7. La relation entre l'écholalie et la mémoire «sémantique» et «épisodique» 40
8. Les approches explicatives de l'écholalie 41
8.1 Une étape dans l'acquisition du langage 41
8.2 L'approche développementale du langage 41
9. Outils d'évaluation de l'écholalie 42
10. La prise en charge de l'écholalie 42
Synthèse 43

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule 46

1. La pré-enquête 46

2. La méthode de recherche 47

3. Présentation du lieu de stage 47

4. Le groupe de recherche 48

5. Les outils de recherche 49

5.1- La méthode Communication Alternative et Augmentative (CAA) 49

5.2-Les exercices de rééducation orthophonique de l'écholalie 50

6. Le déroulement de la recherche 51

6.1. Partie théorique 51

6.2. Partie pratique 52

Synthèse 52

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

I- Présentation et analyse des résultats 54

1. Présentation du 1er cas « H.A » 54

1.1. Présentation des résultats du Tableau de langage assisté (les TLA) du 1er cas « H.A » 54

1.2. Les exercices de la rééducation orthophonique de l'écholalie 55

1.3. Analyse des exercices de rééducation de l'écholalie 57

1.4. Synthèse du 1er cas « H.A » 58

2. Présentation du 2ème cas : T.R 58

2.1 Présentation des résultats du Tableau de langage assisté (les TLA) du 2ème cas « T.R » 59

2.2 Grille de la rééducation orthophonique de l'écholalie. 60

2.3 Analyse des exercices de rééducation de l'écholalie 61

2.4 Synthèse du 2ème cas « T.R » 62

3. Présentation du 3ème cas : H.Y 63

3.1 Présentation des résultats du Tableau de langage assisté (les TLA) du 3ème cas « H.Y » 63

3.2 Grille de la rééducation orthophonique de l'écholalie 65

3.3 Analyse des exercices de rééducation de l'écholalie..... 66

3.4 Synthèse du 3ème cas « H.Y » 66

Synthèse générale..... 68

II. Discussion des hypothèses..... 69

Conclusion..... 72

Liste bibliographique..... 74

Annexes

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
01	L'évolution du TSA selon la CIM et le DSM	14
02	Fonctions non interactives et interactives des écholalies immédiates	37
03	Fonctions non interactives et interactives des écholalies différées	38
04	Présentation du groupe d'étude.	48
05	Les exercices de rééducation orthophonique.	51
06	Déroulement des TLA du 1er cas	55
07	Les exercices de rééducation de l'écholalie	57
08	Déroulement des TLA du 2ème cas	60
09	Les exercices de rééducation de l'écholalie	61
10	Déroulement des TLA du 2ème cas	64
11	Les exercices de rééducation de l'écholalie	66
12	Tableau récapitulatif des résultats des 3 cas de la série d'exercices	67

Liste des schémas

Schéma 1 : schéma de la communication d'après Jakobson (1960) 25

Schéma 2 : schéma de la communication d'après Bateson (1950) 26

Liste des annexes

Annexe 01 : TLA de repas 78

Annexe 02 : TLA de toilette 80

Annexe 03 : TLA d'habiller 80

Annexe 04 : Activité d'écoute 80

Annexe 05 : Activité de pause 81

Annexe 06 : Activité de choix 81

Annexe 07 : Activité de changement de voix 82

Annexe 08 : Activité de jeux de rôle 82

Annexe 09 : Activité de l'image expressive 83

Annexe 10 : Activité de la compréhension 83

Liste des abréviations

TSA : Trouble du Spectre Autistique.

TED : Trouble Envahissant du Développement.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

DSM-V : Diagnostique and Statistique Manuel.

DSM-IV : Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

CIM 10 : Classification International des Maladies.

CAA : Communication Alternative et Augmenté.

TLA : Tableaux du Langage Assisté.

PECS : Système de Communication par échange d'image.

ABA : Analyse Comportement Appliqué.

Introduction

Introduction

Le handicap est un phénomène universel et persistant à travers les époques, touchant pratiquement toutes les sociétés. C'est un enjeu majeur de notre quotidien, présentant des défis variés qui entravent la progression et l'épanouissement de la société. Ainsi, l'assistance aux personnes en situation de handicap revêt une importance cruciale, tant sur le plan social, humain que moral. Cette assistance vise à favoriser leur intégration, à exploiter pleinement leurs compétences et potentiels, les aidant ainsi à devenir des individus autonomes et actifs au sein de la communauté.

L'autisme est un trouble du développement neurologique qui se caractérise principalement par des défis dans les domaines des interactions et de la communication sociales, ainsi que par des comportements et intérêts limités et récurrents. Les premiers symptômes se manifestent dès le plus jeune âge et se traduisent par une réactivité sociale diminuée, un contact visuel restreint, une utilisation non fonctionnelle du langage, ainsi que des intérêts ou comportements atypiques.

Les personnes autistes présentent souvent des difficultés dans la communication, notamment l'écholalie. Cette dernière est la répétition de mots ou de phrases entendus précédemment. Contrairement à la persévérance, ce phénomène particulier peut coexister avec un langage "standard" de type génératif. Ce dernier implique des mécanismes linguistiques complexes (choix lexical, morphosyntaxe, grammaire) permettant la production d'énoncés inédits, à partir de nouvelles combinaisons d'éléments de la langue, adaptés à des situations de communication spécifiques.

Cependant, avec les progrès et le développement scientifique, et l'augmentation des recherches liées à l'autisme, il n'est plus considéré comme un obstacle qui limite l'apprentissage et la croissance des personnes atteintes grâce à des méthodes d'accompagnement spécifique comme (l'ABA, TEACHE et la CAA...etc.).

Cette recherche sur la prise en charge orthophonique de l'écholalie chez les enfants atteints du spectre autistique à pour objectif de décrire l'écholalie et son manifestation chez les autistes afin de les prendre en charge. Cela peut impliquer l'utilisation de plusieurs techniques telles que la CAA et les exercices de rééducation orthophonique dans le but de diminuer l'écholalie et améliorer l'apprentissage et les communications dans la vie quotidienne et les aider à être membre actif dans la société.

Pour réaliser cette recherche, on a divisé notre travail en deux grandes parties, la première c'est la partie théorique, qui sera organisée en deux chapitres. La première porte sur l'autisme, le deuxième portera sur l'écholalie.

La deuxième partie, c'est la partie pratique, qui comprend deux chapitres , le troisième chapitre de la partie pratique c'est la méthodologie de la recherche dans la quelle nous commençons par le pré -enquête, la démarche utilisée, le groupe de recherche, puis on abordera les techniques utilisées dans notre recherche et enfin le déroulement de la recherche.

Quand au Quatrième chapitre nous allons aborder la présentation, analyse des résultats et la discussion des hypothèses.

Nous terminons cette recherche par une conclusion suivis de listes bibliographiques et les annexes.

La problématique

Des milliers d'enfants naissent par jours à travers différents pays du monde, mais un nombre important d'entre eux présentent des troubles, des handicapes et des maladies plus au moins graves qui sont à l'origine de la souffrance non seulement de l'enfant, mais aussi pour les parents voir même de l'environnement familial. Parmi ces troubles en site l'autisme, qui est un trouble envahissant du développement (TED) qui se manifeste dès la petite enfance et persiste à l'âge adulte. Il touche de nombreux domaines du fonctionnement de la personne et particulièrement tout ce qui a trait au contact avec l'environnement et caractérisé par un repli sur soi, traduisant par des difficultés dans la communication, les interactions sociales et le comportement restreint et répétitif.

Selon la CIM.10 « L'autisme est un trouble du développement dont le diagnostic est basé sur l'observation de perturbations qualitatives dans les domaines de l'interaction sociale réciproque et de la communication et sur celle du caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités » (Contejean,]. et Doyen,C. , 2012). En outre, l'autisme pour Kanner, est un « trouble et une incapacité inné à constituer une relation affective et à répondre aux stimuli provenant de l'environnement »

Le ministère de la santé rapporte en Algérie la prévalence moyenne de l'autisme acceptée à l'échelle internationale est de 1%, le nombre de personnes avec autisme pourrait donc être estimé à plus de 400 000. Il constitue ainsi un problème de santé publique majeur, d'autant que la prévalence ne cesse d'augmenter et que le pays connaît une hausse démographique.

L'Organisation mondiale de la santé estime la prévalence de l'autisme à 1 % de la population mondiale. Rapportée à l'Algérie qui compte 45,02 millions d'habitants au 1er juillet 2021. Et un million de naissances par an, il y aurait plus de 450 000 personnes avec autisme dans le pays. La question est donc une préoccupation importante pour les autorités en charge de la santé et de l'éducation. Il s'agit notamment d'améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des personnes avec autisme, en cohérence avec les recommandations internationales.

L'autisme est un trouble neruo-développemental qui se caractérise par des difficultés dans la communication, les interactions sociales et des comportements restreints et répétitifs. Il est souvent associé à d'autres troubles tels que les troubles sensoriels, les troubles de l'attention et parfois l'écholalie, qui est la répétition involontaire des paroles entendues. Ces troubles

associés peuvent complexifier la prise en charge des enfants autistes et soulignent l'importance d'une évaluation approfondie pour une intervention adaptée et efficace.

Selon le dictionnaire d'orthophonie l'écholalie consiste, pour le sujet à répéter comme un écho les paroles prononcées devant lui. Ce trouble peut se manifester dans certaines atteintes psychiatriques ou neurologique**.(Brin et al (2011), P93) .** Elle se manifeste sous deux formes immédiate ou différée.

Dans notre recherche on va s'intéresser à l'écholalie immédiate parce que c'est la forme la plus répondus, elle se caractérise par une répétition immédiate de sons ou de mots entendus, sans nécessairement en comprendre le sens. Cela peut se produire en réponse à une question ou comme une répétition directe de ce qui vient d'être entendu. (**Écholalie chez l'enfant autiste : comprendre et réagir**https://bienetreautiste.com/fr-us/blogs/infos/echolalie-chez-l-enfant-autiste-comprendre-et-reagir).

Plusieurs études on été menées sur l'écholalie, selon **van Santen, Sproat, & Hill, 2013**, L'écholalie est la répétition de ce que dit un interlocuteur , depuis longtemps considérée comme un trait caractéristique de l'autisme, bien que des études récentes tendent à démontrer que ce type d'imitation n'est pas exclusive aux personnes autistes et peut être observée chez des personnes présentant notamment un trouble primaire du langage.

L'étude de Rawan Eid Ross Abdullah Al-Bar (novembre 2016) visait à évaluer l'efficacité d'un programme de formation en intervention précoce du comportement verbal pour améliorer les compétences de communication des enfants autistes en Arabie Saoudite. L'objectif était de déterminer l'efficacité de ce programme, d'élaborer des listes de visions de formation basées sur la théorie du comportement verbal, et d'évaluer l'impact des listes de Roya sur le développement des compétences verbales et non verbales des enfants handicapés, classés selon l'échelle de Gilliam, les résultats de l'étude ont montré qu'il existait des différences statistiquement significatives dans les moyennes des classements. Et les scores de l'échantillon des enfants entre les mesures avant et après sur l'échelle d'évaluation de l'enseignant pour l'attention conjointe de l'enfant autiste et l'échelle d'évaluation du comportement verbal sont en faveur de la post-mesure.

En outre l'étude qui a été réalisé par Moaala Bakhith Sulaiman Al-Rashidi (juillet 2022) visait à évaluer l'efficacité d'un programme de formation basé sur l'analyse appliquée du comportement (ABA) pour réduire l'écholalie chez les enfants koweïtiens atteints de trouble

du spectre autistique (TSA). Les objectifs étaient de dépister les enfants présentant de l'écholalie et des TSA au Koweït, de concevoir un programme ABA pour diminuer l'écholalie chez cette population, et de vérifier l'efficacité de ce programme pour réduire l'écholalie chez les enfants koweïtiens autistes. Les résultats de l'étude ont conclu ; qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les classements moyens des scores des pré- et post-mesures pour le groupe expérimentalisme dans l'échelle d'écholalie (dimensions et score total) vers la mesure dimensionnelle, avec une taille d'effet moyenne. Il y'avait une taille d'effet moyenne pour le programme de formation utilisé pour réduire les écholalies dans l'échantillon de l'étude. Le chercheur a formulé un certain nombre de recommandations, et proposé des recherches à la lumière des résultats de l'étude comme étant une nécessité. L'intervention précoce intensive auprès de ces enfants et implication de la famille dans la mise en œuvre de programmes de formation.

Plusieurs méthodes de prise en charge de l'écholalie en été élaboré tel que (le Makaton, le Pecs, la CAA...etc.).Parmi les méthodes les plus répondus par les orthophonistes, la Communication Alternative et Augmentée « CAA » définie par Beukelman et Mirenda comme "l'utilisation de moyens de communication autres que la parole naturelle pour augmenter ou remplacer la communication verbale chez les personnes ayant des troubles de la communication sévères". Cette méthode vise à offrir des outils et des stratégies pour permettre aux individus qui ont des difficultés de communication de s'exprimer et d'interagir de manière plus efficace.

Notre recherche sur la prise en charge orthophonique de l'écholalie chez les enfants1 atteints du spectre autistique à pour objectif d'éclaircir la manifestation de l'écholalie immédiate chez l'enfant autiste, et comment prendre en charge ses enfants, se basant sur la méthode de CAA dans l'objectif de diminuer la sévérité de l'écholalie chez les enfants autistes, et de leurs permettre d'acquérir un stock lexicale et un niveau de compréhension adapté à leurs tranche d'âge. Pour cela on va essayer de répondre aux questions suivantes :

-Comment l'orthophoniste prendre en charge l'écholalie immédiate chez les enfants TSA ?

-Est ce que la méthode CAA, et les exercices de rééducation orthophoniques de l'écholalie sont efficaces dans la diminution de l'écholalie immédiate chez les enfants TSA?

- **L'hypothèse :**

- La méthode CAA est efficace dans la diminution de l'écholalie immédiate chez les enfants TSA.

- La méthode CAA, et les exercices de la rééducation orthophoniques de l'écholalie contribuent à la diminution de l'écholalie immédiate chez les enfants TSA.

Définitions opérationnelles des concepts clés

1 .Trouble du spectre autistique (TSA) :

L'autisme, ou trouble du spectre autistique (TSA), est un trouble neuro-développemental qui affecte la communication, les interactions sociales et les comportements. Les symptômes varient d'une personne à l'autre, mais peuvent inclure des difficultés à établir des relations sociales, des intérêts restreints et répétitifs, une sensibilité sensorielle élevée, des difficultés de communication verbale et non verbale, et des comportements stéréotypés. L'autisme est généralement diagnostiqué chez les enfants âgés de deux à trois ans, mais peut être diagnostiqué à tout âge.

2-L'écholalie :

L'écholalie est un trouble de communication caractérisé par la répétition involontaire et immédiate de mots ou de phrases entendus, il se manifeste de deux façons principales chez les TSA : l'écholalie immédiate ou différée. L'écholalie est souvent associée aux troubles du spectre autistique, mais peut aussi se retrouver dans d'autres pathologies comme la schizophrénie, les aphasies poste-AVC...etc.

3- L'écholalie immédiate :

L'écholalie immédiate est la forme la plus fréquente elle se caractérise par la répétition instantanée de mots ou de phrases entendus, sans nécessairement en comprendre le sens, cette répétition peut être exacte ou approximative.

4. CAA : (La Communication Alternative et Augmentative), est une méthode qui vise à aider les individus qui ont des difficultés à communiquer verbalement. Elle utilise des outils tels que des tableaux de communication, des applications sur tablettes, des signes, des symboles ou des images pour soutenir la communication. Ces outils permettent aux personnes ayant des troubles de la communication de s'exprimer, d'interagir et de participer activement à diverses situations de la vie quotidienne.

5. TLA : (Tableau du Langage Assisté), ou Tâches de la Vie Quotidienne, sont des activités essentielles pour le bien-être et le bon fonctionnement quotidien des individus. Dans le cadre de notre mémoire, il est crucial de comprendre et d'analyser ces différentes tâches pour évaluer l'autonomie et la qualité de vie des personnes concernées.

Partie théorique

Chapitre I : Trouble du spectre autistique

Préambule

Dans cette partie théorique ou ce chapitre de notre mémoire, nous exposerons différents définitions données par plusieurs chercheurs, ainsi que leurs explications concernant l'origine, l'étiologie et les symptômes de ce trouble qui affectent l'enfant.

Nous allons enchainer par suite l'altération de la communication chez les enfants autistes. Et aussi les différentes définitions du spectre autistique, ces classifications selon la CIM 10 et le DSM 5, sa prévalence, ces types, son origine et étiologie, ces troubles associés, ces symptômes, le diagnostic différentiel du DSM5, et les différents méthodes de prise en charge.

I- Trouble du spectre autistique (TSA) :

1. Aperçus historique :

Plusieurs observations historiques font état de troubles du comportement d'allure autistique chez des enfants, la plus connue est celle de Victor, appelé « l'enfant sauvage de l'Aveyron », retrouvé à l'âge de douze ans par des chasseurs dans une forêt en 1800. Il est recueilli par le docteur Itard de l'institution de sourds-muets à Paris qui va l'étudier pendant quelque années » (**Pascale.L,Joëlle.M et Chrystelle.2006.p.3**)

Le terme « autisme » provient du grec « autos » qui signifie **soit même,** introduits la première fois par le psychiatre **EUGEN BLEULER** c'est en 1911 utilisé pour décrire les symptômes chez des sujets adultes atteints de schizophrénie. (**Lebbey Euratext. 2008. p.05)**

Pour décrire la perte de contact avec la réalité extérieure le rétrécissement des relations **avec** l'environnement et le retrait sur le monde intérieur de repli sur soi (.**Beiger, & Jean.**

2011. p.39)

En 1943 le psychiatre américain d'origine autrichienne Leo Kanner décrit sous le nom

« Autisme ».Kanner à observé onze enfants présentant tous les mêmes problèmes de communication et de « Repli sur soi », âpres différents observation pour lui ce n'est pas une schizophrénie, des symptômes qui démontre ce qu'il nomme « trouble autistique du contact affectif ».**https://autismeautoquebec.com**

En 1944 le psychiatre autrichien **Hans Asperger** décrit des enfants atteints de

« Psychopathie autistique » les travaux de ce psychiatre resteront méconnus jusqu'aux années 1980.

En 1950 **Bruno Bettelheim** rompt avec cette conception psychiatrique pour lui c'est l'éducation des parents en particulier la mère qui rendrait l'enfant autiste.**https://autismeautoquebec.com**

2. Définition des TSA :

Selon le dictionnaire orthophonie, « trouble neuro-développemental affectent de façon sévère le développement, et en particulier la communication et le comportement de la personne ayant une prévalence (selon les auteurs) de 2 à 5 cas pour 10000 enfants et qui affecte quatre fois plus de garçon que les filles ». **(Frédérique Brin, & al.2004.p.32).**

Selon la CIM 10 : l'autisme est un trouble envahissant du développement caractérisé par :

1- Un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans.

2-Une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologie suivants : interaction sociales réciproques, communication, s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation des crises et des gestes auto agressifs**. (www.psychomédia.qc.ca)**

Selon le DSM5 : Il est caractériser par :

1-Déficit persistant de la communication et les interactions sociales observé dans des contextes variés .ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédent. (**Croc, M, Guelfi, J. 2015.p.55, 56)**

2-Déficit de la réciprocité sociale ou émotionnel allant, par exemple, d'anomalie de l'approche sociale et d'une capacité a la conversation bidirectionnelle normale, a des difficulté à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociale ou d'y répondre.(**Croc ,M, Guelfe,J. 2015.p.55,56).**

2-Déficits des comportements de communication non verbaux, utilisé au cours des interactions sociales allant, par exemple, d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, a des anomalies du contact visuel, et du langage du

corps, a des déficit dans la compréhension et l'utilisation des gestes jusqu'à une absence totale d'expression faciale et de communication non verbale.(**Croc, M ,Guelfi, J.2015 .p.55,56).**

3-Déficits du développement, du maintien, et de la compréhension des relations, allant, par exemple , des difficulté à ajuster le comportement a des contextes sociaux variés, a des difficulté à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêts pour les pairs**. (Croc ,M, Guelfi, J.2015.p.55,56).**

L'autisme est avant un trouble de la communication entrainement des désordres au niveau de l'attention, de l'émotion de l'imitation du contact social de la cognition du langage pouvant aller de la désorganisation à l'absence totale**. (Donville, 2022 .p.39)**

C'est un trouble qui affecte la communication l'interaction sociales et les comportements, le TSA lié au développement anormal du cerveau et de connexion neuronal qui parle donc de trouble neuro-développemental. (**Fallourd, Mdieu ,2017.p.4).**

Le trouble du spectre de l'autisme est l'un des troubles neuro-développementaux et parmi les critères qui est diagnostiqué actualisé par DSM5 définit dans deux dimension symptomatique qui sont : les déficits persistants de la communication et des interactions sociales, et les caractères restreint et répétitifs des comportements. (**Leaf ,Mceachin ,Tubman ,2010.p.86).**

Après avoir abordé les différentes définitions du différent auteur, nous pouvons définir les TSA étant un trouble de développement caractérisé par des troubles de comportements, qui touchent plusieurs secteurs .Comme le langage, l'interaction social, la motricité, et les difficultés d'apprentissage.

3. La prévalence des TSA :

L'augmentation de la prévalence du trouble du spectre autistique diagnostique est contactée dans nombre pays comme suit l'Algérie.

Selon l'organisation mondiale de la santé et rapporté qu'il ya un million de naissances par an, il aurait plus de 450000 personnes avec autisme dans le pays.

Plusieurs études essentiellement européennes et nord- américaines recensent 60 à 70 cas de troubles du spectre de l'autisme pour 10000 personnes soit 1 personnes sur 150 environ le chiffre de 60 à 70 pour 10000 soit 0.6à 0.7% de la population mondiale. **(http://www.autisme infoservice.fr)**

Dans ces dernières statistiques, les garçons restent plus touchés que les filles. Ainsi un garçon sur 42 souffre de ce trouble comparativement à une fille sur 189.**https://informations.handicap.fr**

4. L'évolution des TSA:

Les troubles envahissants du développement regroupaient (DSM-IV) cinq troubles différents (troubles autistiques, syndrome de Rett, syndrome d'Asperger, trouble désintégrait de l'enfance, trouble envahissant du développement non spécifié). La grille de lecture proposée par le DSM V exclue le syndrome de Rett et le trouble désintégrait de l'enfance des Troubles du Spectre Autistique. Les TSA regroupent donc de fait ce qu'on appelait auparavant troubles autistiques, syndrome d'Asperger et troubles non spécifiés.

Le DSM V propose un changement de paradigme concernant l'approche de l'autisme. Il s'agirait en fait d'un continuum sur lequel un sujet se situe, de manière plus ou moins prononcée. Les TSA – troubles du spectre Autistique – sont repérés dans cette perspective, comme des déficits persistants dans la communication et l'interaction sociale dans plusieurs contextes. Voici quelques illustrations de ces marqueurs (non exhaustif) :

Déficits de la réciprocité sociale et émotionnelle, Allant d'une approche sociale normale et de déficits dans la conversation, à des difficultés à partager des intérêts ou des émotions, à l'impossibilité de faire débuter des interactions sociales, ou d'y répondre.

Déficits en matière de comportements non verbaux dans l'interaction sociale, Allant d'une communication verbale ou non verbale mal intégrée au contexte, à des anomalies dans le contact visuel et l'utilisation du langage du corps, à des déficits dans le recours à des gestes ainsi qu'à un manque total d'expressions faciales et de communication non verbale.

Le tableau suivant présente un récapitulatif de l'évolution des TSA selon la CIM10 et le DSM :

DSM III 1980	**DSM III-R 1987**	**CIM-10 1992**	**SDM-IV et DSM-iv-TR (2000)**	**DSM5 2013**
Trouble globale du développement 1983	Trouble envahissant du développement 1992	Trouble envahissant de développement 1993	Trouble envahissant de développement 2000	Trouble spectre autistique 2013
Autisme infantile	Trouble autistique	Autisme infantile	Trouble autistique	TSA (dont trouble autistique
Syndrome complet		-Autisme atypique -Syndrome de Rett -Autres troubles désintégra tifs -Troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies -Syndrome Asperger -TED sans précision	-Syndrome de Rett -Trouble des intégratifs de l'enfance -Syndrome Asperger TED non spécifie (dont autisme atypique)	-Trouble des intégratifs de l'enfance -Syndrome Asperger Et TED non spécifie -Syndrome de Rett -Trouble de communication sociale (pragmatique
Syndrome résiduel	TED Non spécifie			

Tableau n° 1 : L'évolution du TSA selon la CIM et le DSM

(Copyright psymas.fr 2023.psymas.fr)

5. Classification des TSA selon DSM5 :

Le diagnostique précise trois niveau de sévérité d'autisme :

Le Niveau 1 : nécessite un soutien Communication sociale :

Sans soutien en place, déficits au niveau de la communication sociale provoquant des déficiences notables. Difficulté à initier des interactions sociales, exemples clairs de réponse atypique ou échec aux ouvertures sociales des autres. Semblance d'un intérêt diminué pour les interactions sociales.

- Comportements répétitifs et restreints :

Inflexibilité du comportement, interférence significative avec le fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Difficulté de commutation entre les activités. Problèmes d'organisation et de planification entravant l'indépendance.

Niveau 2 : nécessite un soutien important :

Communication sociale : Déficits marqués au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales. Atteintes sociales apparentes, même avec supports en place. Initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou anormales aux ouvertures sociales des autres.

- Comportements répétitifs et restreints :

Inflexibilité du comportement, difficultés à s'adapter au changement. D'autres comportements restreints / répétitifs assez fréquents pour être évidents à l'observateur occasionnel et interférer avec le fonctionnement dans plusieurs contextes. Mise au point ou l'action détresse et / ou des difficultés à changer.**https://comprendrelautisme.com.**

Niveau 3 : nécessite un soutien très important Communication sociale :

De graves déficits au niveau des compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement. Initiation très limitée des interactions sociales et une réponse minimale aux avances sociales des autres.

- Comportements répétitifs et restreints :

Manque de souplesse des comportements, difficulté extrême à faire face au changement ou d'autres comportements restreints / répétitifs interférant nettement avec le fonctionnement dans tous les domaines et grande détresse / difficulté à changer d'orientation ou d'action. **https://comprendrelautisme.com.**

6. L'étiologie du TSA :

De nos jours, il existe plusieurs hypothèse qui démurent même sil il n'est à ce jours pas possible de trouver une cause bien spécifique pour l'autisme il a été mais en évidence que certains facteurs pouvaient avoir une incidence sur l'apparition de l'autisme ces facteurs sont répertoriés en plusieurs types: génétiques et environnementaux.

6.1 Les facteurs génétiques :

l'équipe a l'institue de pasteur « les experts d'aujourd'hui unanimes pour reconnaitre une forte implication de facteurs génétiques des les années 1970 des recherches ont été mené sur des jumeaux et plus largement sur des familles ont effet révélé la piste génétique dans la survenus de l'autisme , depuis nombreuses études ont montré que lorsqu'un enfant était autiste , son jumeau l'était aussi dans 98% il s'agit d'un jumeau monozygote c'est-à-dire possédant exactement le même patrimoine génétique « vrai jumeau » et dans environ 50% s'il était jumeau dizygote

« Faux jumeau » de plus on estime qu'il ya un risque d'autisme de premier degré (…). Dans la recherche génétique actuelle, on estime de trois à vingt pourcents les gens susceptible de pouvoir contribuer à l'autisme. (**Bruno, Tardif, 2003, p.61).**

6.2 Les facteurs environnementaux :

Des recherches ont montré que dans ce facteur, il existe différents sous facteurs environnementaux en période prénatale du fœtus et post-natale du nourrisson qui ont pu contribuer à l'apparition du syndrome autistique chez un enfant.

« les facteurs de risque environnementaux de l'autisme sont à considérer ici au sens large il s'agit de passer en revue les événements de l'environnement prénatale de fœtus et de l'environnement post-natal du nourrissons qui ont contribué à l'apparition d'un syndrome autistique chez un enfant parmi ces facteurs de risque environnementaux certain sont de nature organique (chimique ou infectieuse) d'autre sont de nature psychologique d'autres enfin peuvent être interprètes en termes organiques ou psychologique **(Bruno, tardif,2003.p.61).**

7. Les troubles associés aux TSA :

L'autisme est fréquemment associé à d'autres troubles mentaux ou physiques dont l'identification est importante, tels que la retard mentale épilepsie et l'anomalie génétique.

7.1 Retard mental :

" Un retard mental (quotient intellectuel inférieur à 70 est associé à l'autisme dans 70 à 80% des cas) plus que le QI est élevé plus le pronostic et le potentiel évolutif sont favorable, mais même si le QI est bas l'enfant est capable progrès, il est quasiment constant de constater que

le fonctionnement intellectuelle des enfants autistes est dit « hétérogènes » ou « dysharmonique » cela signifie que la performance de l'enfant sont très différentes d'un domaine intellectuel à l'autre (**Belhasen, Chaverneff, ,2006.p.18).**

7.2 L'épilepsie :

L'épilepsie est souvent associée à des pathologies, génétiques ou chromosomique, environ un tiers des personnes autiste présente aussi une épilepsie la recherche d'une épilepsie doit donc être systématique il existe de très nombreuse formes d'épilepsie plus ou moins spectaculaires, plus ou moins faciles, à identifier, plus ou moins sévères.

Dans la majorité des cas l'épilepsie apparait soit la petite enfance, soit autour de l'adolescence mais des crises peuvent survenir à n'importe quel âge de la vie l'identification de l'épilepsie est d'autant plus importante qu'elle débouche sur la mise en place de traitement adaptés. (**Belahsen, Chaverneff ,2006 .p, 19).**

7.3 Les déficits sensoriels et visuels :

Les déficits auditifs et visuels sont les plus fréquents chez la majorité des enfants autistes. « Un déficit auditif est à rechercher systématiquement en effet la surdité (plus ou moins importante) est beaucoup plus fréquente chez les personnes autiste que dans les déficits visuels sont également plus fréquents chez les personnes autistes que dans le reste de la population .l'examen des la vision doit être également systématique. **(Chaverneff, Belahsen ,2006. p.19)**

7.4 Les anomalies génétiques :

Il existe de nombreuses maladie ont été citées pour leurs association avec l'autisme cependant la majorité d'entre elles sont rares et il est difficile de dire si ces associations relèvent ou non du hasard. L'autisme est une maladie organique bien identifiée dans 10à 20% des cas et pour une certains cas, il est probable que l'autisme soit une conséquence directe de la maladie une de ces associations fréquemment décrite est celle de « X fragile ». **(Drossman, 2010.p.14).**

8. Symptômes associés aux TSA :

On parle de trouble du spectre autistique lorsque divers symptômes s'associent tels que le trouble de sommeil, les problèmes moteurs, un trouble de l'alimentation.

8.1 Le trouble du sommeil :

Selon le professeur Berttkuhn, les problèmes du sommeil sont courants chez les personnes autiste et l'une des plus veste étude qui s'intéresse à ce problème à été publier le 11 février dans la revue pédiatriques, et suggère que presque 80% des enfants autistes âges de 2 à 5 ans ont un sommeil perturbé, les enfants autistes ont deux fois plus de la chance d'avoir des problèmes de sommeil tels que les enfants atypiques ou ceux avec d'autres conditions développementales. **Http// :www.Comprendre lautisme.com**

Les enfants présentant des troubles du spectre autistique, l'acquisition du rythme de veille sommeil stable peut prendre du retard et des troubles précoces du sommeil peuvent s'installer et persister jusqu'à l'âge adulte (**Noel,Emil, heydem,2016.p.216).**

8.2 Les problèmes moteurs :

Les déficiences motrices chez un enfant qui présente le trouble du spectre autistique présentant une grande diversité car celles peuvent être handicapantes tout comme elles ne peuvent pas être handicapantes, la plupart des enfants présentes une grande diversité particulière la motricité, quelques enfants gardent une motricité satisfaisantes dans l'efficience, mais diminuée dans la diversité et la qualité ce qui aboutit tout de même à une relative pauvreté de leurs capacité motrice. **(Coucal, Brunode ,2014.p.69).**

8.3 Trouble de l'alimentation :

Selon Mareau, elle considère le trouble de l'alimentation chez des enfants avec TSA comme une difficulté à téter, la succion et la sélectivité est compliquée…etc. l'enfant autiste est un petit mangeur il est lent à téter , en raison de difficultés du succion souvent l'alimentation est vécu comme une lutte entre mère et son enfant et l'on peut voir se développer une anorexie précoce chez le nourrisson.**(Mareau,Adelin , Dreyfus,2004,p.66,67)**

8.4 Trouble émotionnel :

Les enfants autistes rencontrent des grandes difficultés dans la gestion des émotions en soi et l'interprétation des émotions à autrui telle que la joie la colère.

Les enfants autistes rencontrent des difficultés à interpréter leurs émotions et celles de leur entourage. En effet ils ont également du mal à analyser et à comprendre le contexte de la situation qui provoque les émotions ces enfants peuvent alors faire preuve de réaction

inappropriées qui viennent interfère dans leurs interactions sociale.**(autisme info service.fr)**,les difficultés des personnes autiste à percevoir reconnaitre, catégoriser les émotions et qui été explique un manque d'empathie déjà observer par Kanner et serait ainsi lié à une mauvaise synchronisation émotionnelle, reste une incapacité à partager les émotions pouvoir le réconforter, savoir s'y ajouter .(**Tardif ,Bruno , 2003.p.88)**

9. Les symptômes et les caractéristiques des TSA :

D'après plusieurs chercheurs l'autisme se caractérise par divers symptômes tels que les troubles de comportement l'interaction sociales ainsi que altération qualitative de communication elle reste restreint et répétitive.

9.1 Comportement répétitif et /ou restreint :

Selon Vinçot (2020), les comportements répétitifs ont été reconnus comme faisant partie de l'autisme depuis que ce trouble à été décrit pour la première fois .Leo Kanner et Hans Asperger ont montré des mouvements répétitifs et une insistance sur la similitude chez les premiers enfants qu'ils ont décrits.

Elles sont décrite comme étant « les comportements répétitifs sont parmi les premiers signes de l'autisme à apparaitre chez les tout-petits ils ont cependant tendance à être plus prononcé chez les personnes dont les capacités cognitive sont plus faible. **(Vinçot (2020))**

Les troubles du comportement répétitifs sont explique de la manière suivantes : les objets sont restreints , l'activité et pauvre et répétitive les objets sont utilisés de façon détournée ou stéréotypée : par exemple , l'enfant fait tourner longuement les Rous de la petite voiture pré de son oreille au lieu de la faire rouler sur le sol , il s'attache a des objets inhabituels , il aligne inlassablement des objets il n'a pas ou peu de jeux spontanés , imaginatifs ou symboliques comme avec la poupée les jeux de faire semblant sont également limités. **(Le noir et al, 2007.p.12)**

9.2 Les interactions sociales :

L'interaction sociale se manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

-Absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale de l'attitude corporelle et de la gestualité pour régules les interactions sociales.

-Incapacité à développer (de manière correspondante à développer et bien qu'existent de nombreuse occasions des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêt d'activité et d'émotions).

-Manque de réciprocité socio émotionnelle, se traduise par une réponse altéré.

-Ne cherche pas à partager son plaisir ses inters ou ses succès avec d'autre personnes. (**Belahssen, Chaverneff ,2006.p.7)**

9.3 Altération qualitatives de la communication :

Altération de la communication se manifeste au moins l'un des domaines suivants :

-Retard ou absence totale de développement du langage oral (absence de babillage).

-Incapacité à maintenir une conversation comportant un échange avec d'autres personnes.

-Usage stéréotypé et répétitif du langage.

-Absence de jeu de faire semblant. (**Belahssen , O Chaverneff ,2006.p.7)**

10. Diagnostique différentiel selon DSM5 :

D'après le DSM (Manuel diagnostic de maladies mentales). Pour faire le diagnostic d'autisme il faut à la fois la présence : D'altération dans les interactions sociales, de trouble du comportement, des activités et centre d'intérêt restreints, des stéréotypies, des comportements répétitifs. Ces problèmes doivent être permanents et présents dans la vie quotidienne et dans toutes les situations. Pour faire le diagnostic différentiel, il faut distinguer le trouble autistique :

- **Du Retard mental :** Qui implique une perturbation générale du fonctionnement

Intellectuel.

- **Du trouble de mouvement stéréotypé :** Survient en l'absence d'une perturbation des interactions sociales et du développement du langage.

- **Du syndrome de RETT :** Survient uniquement chez les filles une décélération de la croissance crânienne, perte des compétences manuelles, intentionnelles acquises antérieurement.

- De la schizophrénie : À début infantile qui est caractérisé par des idées délirantes et d'hallucinations.

- **Du mutisme sélectif :** Qui est caractérisé par un discours et des aptitudes sociales normales dans certaines situations.

- **Du trouble du langage :** Implique l'absence de perturbation dans les interactions sociales.

-**De la dépression infantile :** Dans les traumas psychiques sévères ou de période de séparation marquée par des carences affectives profondes (dépression de SPITZ).

- **De la surdité :** Marqué par des difficultés de communication sans difficultés du contact. - D'autre déficit instrumental : La cécité qu'elle soit primaire ou secondaire doit être évoquée comme diagnostic différentiel, avec l'autisme souvent ces enfants ont une tendance au repli. **(OULD TALEB, 2015, P.105-106)**

II. La communication :

1. Définition de la communication :

La communication est complexe, de façon la plus générale possible la communication est un échange d'information entre un effecteur et un récepteur.

En effet communiquer c'est établir des relations avec quelqu'un « faire partager, transmettre, renseigner, enseigner …etc. » mais aussi chercher à comprendre l'autre faire preuve d'intuition quand a le meilleur. (**Colletta, 2004.p.76)**

2. Les précurseurs de la communication et du langage :

Pour la mise en place et l'apparition d'un langage structurel, des précurseurs de la communication et du langage sont nécessaires. CES précurseurs sont l'imitation, le pointage, l'attention conjointe, l'alternance, et le jeu. Ces derniers ne peuvent exister que dans la relation à l'autre, dans sa reconnaissance et son interprétation. (**Grosbois .2006.p.13)**

2.1 L'imitation :

Permet d'acquérir un répertoire d'actions, des représentations motrices, des relations diverses et la distinction entre ce que je fais et ce que je vois l'autre faire. Le nouveau-né imite d'emblée des mouvements faciaux inscrits dans son répertoire fœtal puis parvient vers 6 mois

aux premières imitations intentionnelles d'actions. Il devient capable d'imiter pour apprendre, comprendre, agir et reconnaît qu'il peut lui-même être imité. L'imitation est donc une invitation à l'échange; il reproduit, regarde l'autre, s'en rapproche, le suit dans son rythme et ses postures **(Laplace ,Neveau ,2012.p.13)**

2.2 Le pointage :

Est le geste que fait l'enfant, à partir de 8 mois, dans une situation d'attention conjointe entre sa mère et lui, en tendant sa main vers l'objet pour signaler son intérêt. Il effectue cette désignation en regardant le visage de sa mère pour chercher à savoir si elle perçoit bien la valeur de son geste. Cette procédure de 12 Contexte théorique, buts et hypothèses signalisation, mise en évidence par Bruner, est le début d'une activité référentielle, à partir de laquelle va s'élaborer la capacité de donner des noms aux choses. Il existe deux types de pointage: le pointage proto-impératif (8 mois) et le pointage proto-déclaratif (12 mois). Le premier permet à l'enfant de désigner l'objet qu'il veut, mais sans prise en compte de l'état mental de l'adulte. Le deuxième permet ensuite de désigner un objet ou une scène pour que l'adulte de référence ait son attention attirée par cet objet ou cette scène.

Le pointage est par conséquent un moyen pour l'enfant d'accéder à une situation d'attention conjointe. **(Laplace, Neveau ,2012.p.14)**

2.3 L'attention conjointe :

Est la capacité à partager son expérience d'un objet ou d'un événement avec une autre personne dans le but d'obtenir une observation commune et conjointe. Ces comportements d'attention conjointe correspondent au fait de diriger le regard d'une personne vers un objet et de regarder à nouveau la personne, c'est un mouvement de va-et-vient entre l'objet et la personne. L'enfant développe à ce niveau la capacité à se servir du regard pour diriger l'attention d'autrui. Il devient ensuite de plus en plus capable d'influencer l'attention des autres en utilisant en même temps le regard, le pointé et le geste. Cela signe le début d'échanges triadiques (entre l'enfant, l'autre, l'objet), l'émergence d'une mentalisation et l'accès à la représentation. **(Laplace, Neveau ,2012.p.14)**

2.4 L’alternance :

Des tours de parole ou des tours de rôle est une compétence communicative qui apparaît très tôt dans les interactions entre les parents et leur enfant. Vers 3, 4 mois, ils peuvent déjà se

répondre à tour de rôle : chacun des deux s'arrête pour écouter l'autre et ainsi s'instaure un dialogue, une communication. Les tours de rôle sont établis à travers l'imitation des vocalises du bébé par l'adulte, mais aussi lorsque l'enfant et l'adulte jouent ensemble. L'enfant doit accepter de jouer différents rôles : prendre l'initiative et s'ajuster à la demande de l'autre.

Ainsi, l'enfant découvre petit à petit les règles d'alternance des tours de rôle et devient peu à peu initiateur du « dialogue ». **(Laplace ,Neveau ,2012.p.14.15)**

2.5 Le jeu :

Est l'activité principale de l'enfant et par conséquent, la manière la plus naturelle de l'aborder et d'entrer en communication avec lui. Le premier type de jeu est le jeu sensorimoteur, qui fait partie des activités propres au jeune enfant : « faire 13 Contexte théorique, buts et hypothèses coucou », « les marionnettes »… Ces jeux font souvent participer des conduites imitatives et le contact physique. En parallèle, l'enfant commence à jouer avec des objets en expérimentant des conduites de « cause à effet ». Puis, les jeux se diversifient de plus en plus, l'enfant en prend plus souvent l'initiative et les jeux fonctionnels apparaissent. Entre 12 et 24 mois, les jeux de « faire-semblant » et les jeux symboliques se développent, comme par exemple, jouer à la poupée, à la dînette...

Le jeu est l'expression du développement affectif et psychologique de l'enfant : c'est une expérience émotionnelle dans laquelle se projettent ses conflits et s'expriment ses affects. C'est un moyen de communication et de rapport avec le monde, d'apprentissage de la réalité de soi et des autres. Le jeu fait appel à tous les sens et permet de découvrir l'environnement et de l'expérimenter, ce qui amène au développement des capacités cognitives, essentielles au bon développement de son langage. Il est également le précurseur à la capacité méta représentationnelle qu'est la théorie de l'esprit. (**Raimondi 2009.p.15)**

3. Les modèles explicatifs de la communication :

Les premiers modèles de la communication au cours du XXème siècle considéraient celle-ci comme un transfert d'informations (message) d'un émetteur vers un récepteur à partir d'un code commun.

Dans les années 1950, deux modèles de la communication bien distincts complexifient cette théorie fondatrice. D'une part, le modèle de Jakobson s'intéresse aux propriétés intrinsèques et quantitatives des messages du point de vue de leur effet sur le récepteur. D'autre part, le

modèle de Bateson a une approche plus systémique de la communication dans lequel les interlocuteurs sont interdépendants. **(Laplace ,Neveau ,2012.p.19)**

Roman Jakobson, linguiste et théoricien de la communication, a conçu un modèle dans les années 1960 permettant de réfléchir sur la communication et de comprendre les nombreux facteurs intervenant dans chaque situation de communication. Cette théorie est née de la constatation de la différence qui peut exister entre le message émis et le message reçu. Elle a été développée à la suite des études de Karl Bühler, dont le modèle se limitait aux fonctions émotive (expressive), conative et référentielle.

Selon Jakobson, le message est pensé par l'émetteur, puis codé par lui (langage verbal et non-verbal), et finalement exprimé. De son côté, le récepteur le reçoit, le décode et le comprend à sa manière. Le message passe par un « canal ». Si les « canaux » ne sont pas les mêmes, le message ne passe pas et la communication ne s'établit pas. L'intérêt de ce modèle de la communication réside dans la conceptualisation des fonctions du langage. Jakobson fait correspondre à chaque facteur de la communication une fonction du langage. **(Laplace ,Neveau ,2012.p.20)**

Voici une présentation des six facteurs auxquels correspondent six fonctions:

- Le destinateur est celui qui envoie le message.

La fonction expressive lui est associée et consiste à informer l'émetteur sur la personnalité de celui qui transmet le message : volonté d'exprimer les pensées, les critiques à leur égard.

- Le destinataire est celui qui reçoit le message. Jakobson lui attribue la fonction conative. Cette fonction va efforcer le destinateur à agir sur le destinataire: inciter à écouter, à agir, à émouvoir. Cette fonction apparaît clairement dans les situations dans lesquelles la finalité de la communication est de faire agir le destinataire, dans le sens souhaité par le destinateur.

- Le contexte est l'ensemble des conditions sociales.

La fonction référentielle est orientée vers le contexte dans la mesure où c'est de lui dont va dépendre le message.

- Le message correspond au discours, au texte, à ce qu'il «faut faire passer». Jakobson lui accorde la fonction poétique. Celle-ci ne se limite pas à la seule poésie, car tout message

est expressif. Cette fonction se rapporte à la forme du message dans la mesure où elle a une valeur expressive propre (« Puis-je me permettre d'emprunter votre crayon ? », « File moi ton crayon », « Peux-tu me passer ton crayon? »).

- Le contact est la liaison physique et psychologique entre le destinateur et le destinataire. Il leur permet d'établir et de maintenir la communication.

La fonction phatique est relative au contact. Elle permet de provoquer et de maintenir le contact.

- Le code se doit être commun au destinateur et au destinataire (la langue française, par exemple). Le message suppose un codage et un décodage, d'où l'introduction du facteur code.

La fonction métalinguistique est liée au code, celle-ci s'exerce lorsque l'échange porte sur le code lui-même et que les partenaires vérifient qu'ils utilisent bien le même code. Cette fonction consiste donc à utiliser un langage pour expliquer un autre langage.

Ces six fonctions du langage, "ne s'excluent pas les unes les autres, mais elles se superposent". On peut remarquer que trois d'entre elles (expressive - conative - phatique) sont du domaine du langage analogique, c'est à dire de la relation et que les trois autres (référentielle - métalinguistique - poétique) sont du domaine du langage digital, c'est-à-dire du contenu.

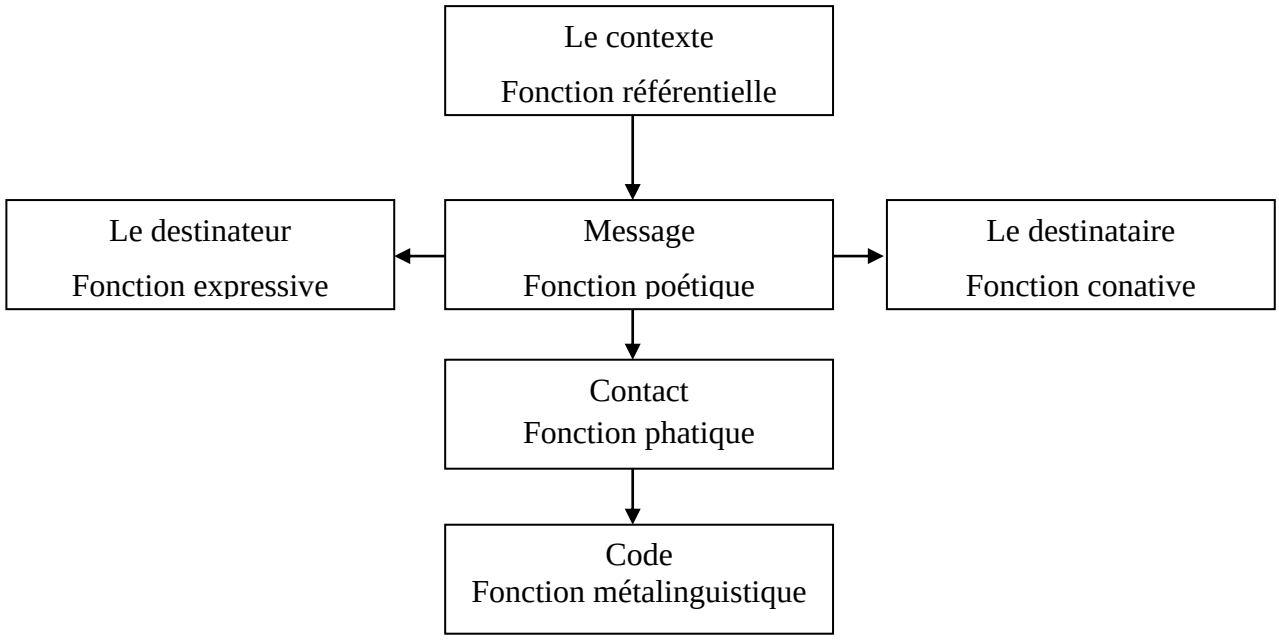


Schéma 1 : schéma de la communication d'après Jakobson (1960)

Bateson se distingue par son approche systémique de la communication, il s'appuie sur les recherches de Wiener (1948) qui définit la communication comme un système complexe d'éléments en interaction. **(Laplace ,Neveau ,2012.p.24)**

Selon lui, la communication est un phénomène interactionnel dans lequel l'unité de base est la relation qui se noue entre les individus.

Elle est donc un processus circulaire dans lequel chaque message provoque un feed-back de l'interlocuteur. De plus, la communication ne se réduit pas au message verbal, car tout comportement social à une valeur communicative.

En situation d'interaction, « on ne peut pas ne pas communiquer »: les mimiques, les gestes, les attitudes mais aussi les conduites transmettent un message. Bateson considère que la communication est déterminée par le contexte dans lequel elle s'inscrit.

Le contexte est un cadre symbolique porteur de normes, de règles, de modèles et de rituels d'interactions.

Il estime également que tout message comporte deux niveaux de signification. Il transmet non seulement un contenu informatif mais exprime aussi quelque chose sur la relation quillier les interlocuteurs. **(Laplace ,Neveau,2012.p.25)**

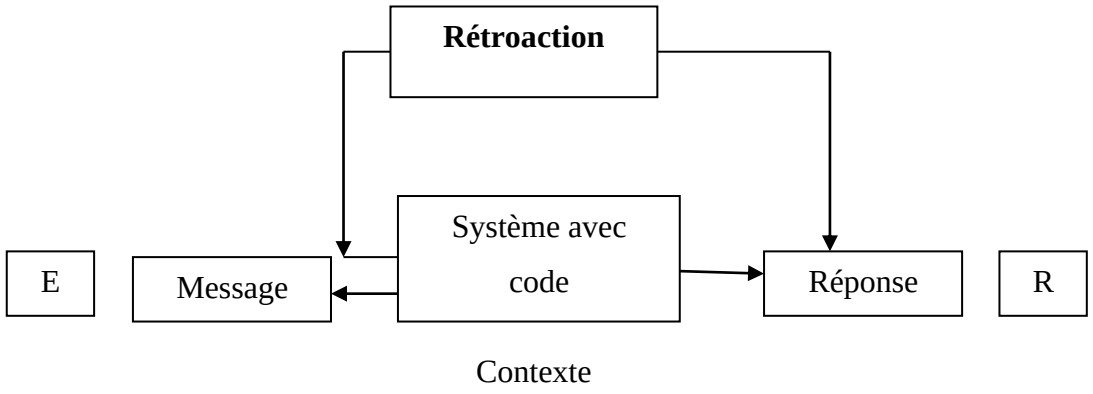


Schéma 2 : schéma de la communication d'après Bateson (1950)

Cette conception de la communication soulève la question de l'intentionnalité dans la communication.

4. la communication verbale :

La communication verbale, constituée de signes linguistiques, peut être orale ou écrite. Dans les deux cas, l'outil utilisé est le même : c'est le mot, combinaison d'un signifiant (sa forme) et

d'un signifié (son sens) (Leveau). Malgré son grand intérêt, celle-ci possède quelques limites, notamment les facteurs socioculturels, psychologiques et la perception. D'où l'importance d'une utilisation de la communication non-verbale efficace. **(Drevevet , Journiac,2002,p.3)**

Une autre définition, La communication verbale désigne tout ce qui a trait au langage humain tel qu'on peut le définir immédiatement. En effet, à première vue, on estime que le langage humain passe par la langue, le verbe, la voix, l'intonation, la prononciation des mots ou des phrases, par un vocabulaire spécifique exprimé soit à l'oral soit par écrit. Ce langage passe aussi par des signes ou des informations codées selon situations particulières (.**http://blogs.riseup.ai /communication verbale et non verbale).**

5. Communication non verbale :

La communication non verbale est définie habituellement comme toute forme de communication utilisant un véhicule autre que la voix. Elle est basée sur la compréhension implicite de signes non exprimés par la langue.

Drevevet , Journiac ,2002.p.4 :cette forme de communication remplit plusieurs fonctions: elle véhicule nos sentiments, régularise les conversations, exprime l'intimité, la volonté de contrôle et sert de support à la communication verbale.

Nous pouvons communiquer le sens de quelque chose à l'aide de gestes, d'expressions faciales, du regard, de mouvements du corps, de la distance physique, du toucher, des sons, des bruits, du silence,... Malgré tout ce qu'elle permet, la communication non verbale comporte un certain nombre de limites quant à l'importance de l'information qu'il est possible de véhiculer, la clarté des signaux et la conscience que les interlocuteurs ont de ce code.

Une autre définition, La communication non verbale est aussi dite le langage du corps.

Tous les signes, gestes et mimiques que l'on peut faire avec son corps pour faire une expression quelconque.

La communication verbale, c'est la capacité langagière de transmettre le message par la voix ou par les gestes c'est la manière de s'exprimer de sa penser ou de ces sentiments.

La communication semble facile, elle permet au quotidien d'échanger, de créer des relations, transmettre des informations, exprimer et/ou satisfaire nos besoins. Mais dans le

cadre d'un soin, cette communication peut prendre encore bien d'autre sens, de formes ainsi qu'une importance différente.

III. Les méthodes de prise en charge des TSA :

1. la méthode CAA (La Communication Alternative et Augmentée) :

La Communication regroupe l'ensemble des moyens utilisés pour échanger, délivrer un message, et comprendre les messages reçus : la parole, mais aussi la posture, les gestes, les mimiques, ou encore les intonations, elle recouvre tous les moyens humains et outils permettant à une personne ayant des difficultés dans la communication de communiquer, (autrement dit de comprendre son environnement et d'être comprise par son entourage) en :

– remplaçant le langage oral s'il est absent (alternative)

– améliorant une communication insuffisante (augmentée)

La CAA doit permettre à la personne présentant un Trouble du Spectre Autistique (ou TSA) de communiquer de la manière la plus efficace possible dans toutes les situations de sa vie quotidienne. **(** https://www.autisme-neuchatel.ch/New/wp-content/uploads/2017/02/La-CAA-livret-dinformation-%C3%A0-destination-des-familles-de-personnes-TSA.pdf)

- Les objectifs de la CAA :

– Permettre à la personne d'être acteur de sa vie malgré ses difficultés : initier les échanges, demander (des objets, des actions), exprimer (des refus, des acceptations, des douleurs, des émotions), commenter ce qu'elle voit ou fait, ont peut citer ces objectifs comme suite :

→ En utilisant des signes, des photographies, des images, des objets

– Permettre à la personne de comprendre et d'anticiper ce qu'on attend d'elle

→ En utilisant un emploi du temps visuel, un sablier

– Permettre à la personne de devenir plus autonome

– Réduire les troubles du comportement

→ Avec l'ensemble des outils et moyens de CAA

– Permettre, dans certains cas (notamment chez les plus jeunes avec des compétences de base suffisantes), l'émergence du langage oral

→ En sensibilisant à l'intérêt du langage oral en associant les mots parlés aux images, objets, photographies utilisés

– Permettre à la personne d'élargir le nombre de ses partenaires de communication

→ Avec l'ensemble des outils et moyens de CAA

– Permettre à la personne de mieux s'intégrer à de nouveaux environnements

→ Avec l'ensemble des outils et moyens de CAA**. (**https://www.autisme-neuchatel.ch/New/wp-content/uploads/2017/02/La-CAA-livret-dinformation-%C3%A0-destination-des-familles-de-personnes-TSA.pdf)

Elle permet d'agir sur la compréhension à travers :

– En ralentissant de votre débit et en découpant vos phrases pour insister sur les mots clés

– En accentuant vos mimiques

– En accompagnant vos paroles de gestes

– En limitant vos mots pour favoriser le visuel

– En vous appuyant sur des objets, des photographies, des images, des signes, des gestes ou encore le langage écrit, associés au langage oral

– En structurant l'environnement

– Sur le plan spatial (organiser l'espace de manière claire)

– Sur le plan temporel (emploi du temps, sablier.)

Elle peut aussi agir sur l'expression sous formes :

– En proposant à la personne des outils de communication

– En créant des situations qui nécessitent une demande de sa part (d'aide, d'objet désiré ou dont il a besoin)

– En renforçant chaque tentative de demande, qu'elle soit orale ou non, par des encouragements enjoués ou une récompense

Sa mise en place peut se faire de manière temporaire ou permanente selon les cas**. (** https://www.autisme-neuchatel.ch/New/wp-content/uploads/2017/02/La-CAA-livret-dinformation-%C3%A0-destination-des-familles-de-personnes-TSA.pdf)

2. de la méthode ABA :

La méthode ABA est un traitement comportemental reposant sur les sciences du comportement. Ce traitement dispose de techniques permettant de faciliter l'apprentissage de nouveaux comportements, en analysant la tâche, en la divisant en sous-objectifs, en apportant des aides de façon précise puis en programmant leur estompage. Les efforts de l'enfant sont motivés grâce à un travail important sur la motivation et la recherche de nouveaux centres d'intérêt. Ce traitement permet de développer tout apprentissage : habileté sociale, propreté, autonomie, jeux autonomes, demandes…

Ce type d'enseignement, plus ou moins structuré et dépourvu de stimuli parasites, est individualisé en fonction du niveau d'attention de l'enfant, de sa vitesse d'apprentissage, de sa capacité à généraliser les nouveaux apprentissages.

L'analyse comportementale appliquée fait partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'accompagnement des enfants autistes.

Parmi ses caractéristiques de la méthode ABA elle Se focalise sur le comportement, elle est Basée sur les principes comportementaux et mettre l'accent sur l'environnement et Préciser la description des procédures de modification du comportement (https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/travailler-enfants-autistes/aba)

- Les objectifs de la méthode ABA :

Parmi les objectifs les plus répondu :

L'apprentissage des compétences :

Pour déterminer des objectifs, on part du besoin de l'entourage et on cible les comportements qui permettront à l'enfant d'être moins manipulé et mieux intégré (pour exemples : hygiène, dire bonjour, jouer avec un camarade, s'assoir dans un groupe, etc.). C'est donc l'environnement qui détermine les priorités.

Ainsi pouvoir enseigner l'acquisition de compétences dans différents domaines :

- le langage ;
- l'intégration sociale ;
- l'attention ;
- les capacités motrices ;
- les jeux et activités ;
- l'autonomie, etc.

Agir sur les comportements existants :

Comprendre la relation entre un comportement et l'environnement permet alors d'agir pour adapter certaines attitudes. L'ABA vise à renforcer les comportements adaptés et à réduire les comportements inappropriés.

Précise la description des procédures de modification du comportement (https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/travailler-enfants-autistes/aba)

3. la méthode PECS (Picture Exchange Communication System) :

Le PECS (ou communication par échange d'images) vise principalement le développement des habiletés de communication des enfants autistes sujets à des troubles du langage verbal. Ce programme s'appuie sur les principes de l'analyse appliquée du comportement (méthode ABA). L'objectif est d'aider l'enfant à s'exprimer et à interagir de manière spontanée. Le PECS utilise des images pour faciliter la compréhension et la communication. L'enfant va commencer par choisir une image qui correspond à son besoin et la donner à la personne avec qui il souhaite communiquer. La méthode PECS se déroule ainsi de manière structurée et progressive sur 6 phases:

- Echange d'une image contre un objet ;
- Interpellation et spontanéité de l'échange ;
- Discrimination d'images ;
- Elaboration de phrases simples pour exprimer un besoin ;
- Réponse à une question posée ;
- Construction de commentaires.

Cette méthode ne doit pas être mise en œuvre par un seul intervenant. Professionnels, parents, enseignants peuvent suivre une formation PECS pour accompagner l'enfant aux différents moments de sa vie quotidienne. (https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/connaitre-therapies/intervention-communication?ref=ulysse-autisme.com)

4. programme Makaton :

Se conforme aux besoins d'enfants et d'adultes avec un trouble du langage et de la communication. C'est en l'occurrence le cas pour les personnes avec TSA. Il met en place un vocabulaire fonctionnel combinant parole et visuels. Plus de 400 concepts sont ainsi représentés par des signes (communication par gestes) et des pictogrammes. L'apprentissage de ce langage visuel facilite la compréhension et l'expression orale de l'enfant ou de l'adulte autiste. Le programme Makaton nécessite l'intervention de professionnels formés et une forte implication des parents. Ils seront en effet le relais privilégié pour assurer le suivi Makaton au quotidien et permettre à l'enfant de pouvoir s'exprimer et être compris dans tous ses lieux de vie. Ce type d'intervention permettra d'améliorer les échanges et l'intégration sociale des personnes autiste.(https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/connaitre-therapies/intervention-communication?ref=ulysse-autisme.com)

Synthèse :

On peut considérer que l'autisme est un trouble envahissant du développement qui démontre , des difficultés, ses caractéristique…etc. un orthophoniste doit savoir quelles techniques et quels outils choisir avec chaque patient ,cette pathologie se caractérise par un trouble de la communication globale, des difficultés d'interactions sociales , et des troubles du comportements , qui se manifeste avant l'âge de 3 ans .

Chapitre II : L’écholalie

Préambule

Dans ce chapitre nous allons aborder l'écholalie chez l'enfant autiste, commençons d'abord par des différentes définitions de l'écholalie, puis citer ses deux principaux types (écholalie immédiate, écholalie différée), puis les manifestations de l'écholalie ; ainsi que les catégories fonctionnelles de l'écholalie immédiate et différée.

1 - Définition de l'écholalie

1. Définition de l'écholalie selon le dictionnaire d'orthophonie :

Écholalie consiste, pour le sujet, à répéter en écho les paroles prononcées devant lui. Ce trouble peut se manifester dans certaines atteintes psychiatriques ou neurologiques (aphasie, autisme...). La valeur communicative de l'écholalie est controversée**. (Brin, F & Al, 2011. P93)**

L'écholalie devrait être considérée comme une partie dynamique et intégrale du fonctionnement communicatif de l'enfant plutôt qu'un comportement isolé et non fonctionnel l'écholalie devrait aussi être vue comme une partie du système de communication et considérée en référence à l'histoire communicative de l'enfant. Incluant l'évidence de changement progressif au niveau de l'usage fonctionnel, syntaxique et sémantique. **(Prizant&Rydell ,1993).**

Selon Stiegler, (2015), l'écholalie est _« la répétition de mots ou d'énoncés entendus

Précédemment »_. Se distinguant de la persévération, cette production particulière peut être

Retrouvée en parallèle d'un langage « classique » de type génératif qui met en jeu des

Mécanismes linguistiques complexes (choix des mots, morphosyntaxe, grammaire)

Permettant l'élaboration d'énoncés nouveaux, à partir de nouvelles combinaisons d'éléments

De la langue, à des situations précises de communication.

2-Les types de l'écholalie :

Il existe deux types principaux d'écholalie : l'écholalie immédiate et l'écholalie différée

2.1 L'écholalie immédiate :

L'écholalie immédiate est définie par les répétitions verbales produites immédiatement ou peu après la production de l'énoncé modèle. L'enfant répète en écho ce que l'adulte dit .Il peut par exemple répéter une question qui lui est posée au lieu d'y répondre. L'adulte demande : « Tu veux boire ? » et l'enfant di « tu veux boire ? » au lieu de fournir une réponse, Cette absence d'inversion des pronoms et la confusion entre le « je » et le «tu» montre que la fonction d'outil de communication qu'a le langage n'est pas comprise**. (Bernadette Rogé, 2003, P24)**

2.2. L'écholalie différée :

L'écholalie différée étant les répétitions verbales produites, avant le ou après un laps de temps significatif. Des mots ou phrases qui ont capté l'attention de l'enfant dans une situation donnée vont être répétés dans un autre contexte où ils n'ont plus de sens. Par exemple, l'enfant répète inlassablement une phrase entendue aux informations télévisées « demain il fera beau » **(Bernadette Rogé, 2003, P24)**

-Il existe aussi deux autres types d'écholalie qui sont :

2. 3.L'écholalie pure :

Lorsque l'enfant reproduit les énoncés avec certaines modifications.

2.4 L'écholalie mitigée :

Pour celles-ci, l'enfant peut utiliser une information différente, faire des omissions et additions, ou encore modifier l'énoncé modèle de l'interlocuteur pour tenter de les adapter à différentes situations, l'écholalie mitigée peut inclure des changements morphologiques. Ce type d'écholalie peut refléter un certain degré de développement du processus linguistique et de compétence au niveau syntaxique et sémantique, et indiquer le passage d'un style « gestalt » de l'analyse linguistique et cognitive à un style plus analytique. **(Prizant & Rydell, 1983).**

3. Les fonctions de l'écholalie :

1. Une forme de communication :

Même si un enfant autiste ne peut pas produire de langage spontané, l'écholalie lui permet de s'engager. Lorsqu'un enfant autiste répète une question au lieu de répondre directement, il

peut traiter l'information, indiquer qu'il a entendu la question ou utiliser la répétition comme précurseur d'une réponse (Prizant & Duchan, 1981).

2. Apprentissage du langage :

L'écholalie fournit un échafaudage à partir duquel les compétences linguistiques peuvent être construites. La répétition d'expressions et de phrases aide les enfants autistes à comprendre la syntaxe, les modèles et les rythmes du langage, servant de répétition pour un futur discours indépendant (Stribling, Rae, & Dickerson, 2007).

3. Compréhension de soi :

Les phrases et les sons familiers peuvent être réconfortants. Les enfants autistes, qui peuvent subir une surcharge sensorielle, peuvent utiliser l'écholalie comme mécanisme d'ancrage, en faisant écho à des phrases familières pour se calmer (Woynaroski et al. 2016).

4. Scénario :

Variante de l'écholalie, le script implique la répétition de dialogues d'émissions télévisées, de films ou de livres. Les enfants autistes peuvent utiliser des scénarios pour exprimer leurs émotions, répondre à des situations ou naviguer dans les interactions sociales (Stiegler, 2015).(https://upbility.fr/blogs/news/echolalie-et-autisme-repetitions-significatives)

4. Critères fonctionnels de l'écholalie :

Ce sont Prizant, Duchan et Rydell qui ont décrit en 1981 et 1984 les critères fonctionnels de la production écholalique. A travers leurs études, ils ont identifié notamment la demande, la protestation, l'affirmation, la déclaration, l'appel, la répétition et l'autorégulation. Dans ce même postulat, Hurtig et collaborateurs en 1982 ont aussi mis en évidence la fonction phatique de certaines écholalies. Ces productions ont pour objectif d'initier ou de maintenir l'interaction lorsque l'enfant présentant un TSA ne comprend pas ou n'a pas encore acquis certaines habiletés pragmatiques ou linguistiques nécessaires pour répondre d'une manière plus appropriée ; dans les acquisitions ; et dans les apprentissages. Il apparait donc que les enfants avec TSA utilisent des stratégies verbales à fin sociale, ce malgré un répertoire restreint de moyens conventionnels.

Les auteurs de l'étude « Langage and Speech in Autisme » plaident en faveur d'un comportement de communication dans la parole autistique. Ils indiquent que l'écholalie n'est

pas un « discours répétitif et un comportement hostile, indicatif d'un échec du développement de leur « ego » ni un comportement d'autostimulation interférant avec les apprentissages. » **(Gernsbacher et al., 2016).** L'écholalie immédiate est par exemple considérée dans l'étude « The Functions of Immediate Echolalia in Autistic Children: A Developmental Perspective » comme une stratégie pour acquérir des compétences verbales et sociales et comme un phénomène permettant le maintien du contact social **(McEvoy et al. 1988)**. Les travaux de Prizant et al. Comme cités ci-dessus, caractérisent l'écholalie selon ses fonctions. Les auteurs ont décrit l'écholalie chez des enfants porteurs d'un « autisme de Kanner » selon six attributs comportementaux et linguistiques que sont : la preuve d'attention, l'écho dirigé/non dirigé vers une personne, le degré de changement, le moment du changement, la preuve de compréhension, l'attention d'une réponse d'un adulte. **(Prizant & Rydell, 1983).**

4.1 Les fonctions de l'écholalie immédiate

Les fonctions de l'écholalie immédiate sont divisées en deux, on retrouve trois fonctions non interactives et quatre fonctions interactives, elle serons présentée dans le tableau si dessous.

Fonctions non interactives	Fonctions interactives
Sans intention Aucune intention n'apparente ; souvent produite en situation de haute excitation ou stimulation.	**Tour de rôle** Prend son tour de parole dans un échange verbal.
Pratique Un processus d'appui ; suivi par un énoncé ou une action	**Etiquetage** Étiquetage d'objets, actions ou lieux
Auto-régulatoire Utilisée pour diriger ses propres actions ; produite en synchronisme avec une activité	**Affirmation** Indique l'affirmation (réponse « oui »)
	Requête Demande d'objets ou d'actions des autres

Tableau n° 2 : Fonctions non interactives et interactives des écholalies immédiates

4.2 Les fonctions de l'écholalie différée :

Les fonctions de l'écholalie différée sont également divisées en deux, avec cinq fonctions non interactives et neuf fonctions interactives, avec toujours une prédominance d'écholalies interactives. Les chercheurs constatent que le nombre d'écholalies différées diminue avec l'âge et qu'elles laissent place à un langage de plus en plus spontané et génératif, bien que l'imitation puisse rester le seul moyen langagier de l'enfant. **(Prizant & Rydell, 1984)**

Fonctions non interactives	Fonctions interactives
Sans intention Aucune intention communicative apparente ou rapport avec la pertinence au contexte	**Tour de rôle** Prend son tour de parole dans un échange Verbal
Pratique Un processus d'appui ; suivi par un énoncé ou une action démontrant la compréhension de l'énoncé écholalique	**Etiquetage** Étiquette les objets / actions de l'environnement
Auto-régulatoire Utilisée pour diriger ses propres actions, produites en synchronisme avec une activité	**Affirmation** Indique l'affirmation
Situationnelle Aucune intention communicative apparente ; semble être une association déclenchée par un objet, une personne, une situation ou une activité	Requête Demande d'objets ou d'actions des autres
Etiquetage Étiquette les objets ou actions sans intention communicative apparente ; peut être une forme de pratique pour l'apprentissage du langage	**Complétion d'une routine verbale** Complète une routine verbale familière initiée par d'autres **Ajout d'information** Offrir de l'information nouvelle non apparente à partir du contexte situationnel **Protestation** Protester ou empêcher les actions des autres **Attention, maintien** Demande l'attention de quelqu'un ou le maintien de l'interaction **Directive** Dirige les actions d'autrui

Tableau n° 3 : Fonctions non interactives et interactives des écholalies différées

Les énoncés écholalique se distinguent donc s'ils sont adressés ou non, s'ils sont produits pour initier ou répondre lors d'un échange, s'ils répondent à une convention sociale ou non ou encore s'ils sont en lien avec le contexte ou non. Aussi, la production écholalique peut être réalisée de façon isolée ou systématisée (pour un usage ou une circonstance particulière). Les caractéristiques de l'énoncé écholalique peuvent donc donner des indices dans la prise en soin

des patients qui en produisent. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'aborder la prise en compte de l'écholalie dans l'intervention orthophonique.

5. L'étiolologie de l'écholalie :

L'écholalie sera considérée comme un trouble du langage si cette répétition perdure après la petite enfance, soit après l'âge de trois ans environ, elle peut être causée par certaines pathologies, même si elle n'y est pas systématique et peut toucher les individus atteints :

- De troubles du spectre autistique, chez lesquels l'écholalie est fréquente : elle touche jusqu'à 75 % des enfants autistes capables de parler. Elle existe également chez les patients atteints du syndrome d'Asperger ;
- De déficience intellectuelle ;
- De démences neuro-génératives, et particulièrement la maladie d'Alzheimer ;
- D'aphasies consécutives à des accidents vasculaires cérébraux ;
- De traumatismes crâniens ;
- D'épilepsie ;
- D'autres maladies neurologiques, et notamment le syndrome de Gilles de la tourette ;
- De maladies psychiatriques, comme la schizophrénie de type catatonique.
- De cécité ;

Elle peut aussi être observée dans certains types d'aphasies où la personne répète involontairement les paroles des autres. Dans l'aphasie transcorticale, la capacité de répétition est généralement préservée. Les mécanismes neuronaux impliqués dans l'imitation et la répétition verbale nécessitent une coordination précise de différentes régions cérébrales, y compris le système de neurones miroirs et les connexions de substance blanche entre ces régions.(Echolalie : définition, symptômes et traitements https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=echolalie)

6. Les troubles associés à l'écholalie :

6.1 Autisme et écholalie :

L'association la plus courante entre l'écholalie et l'autisme. On voit souvent les enfants autistes répéter ce qu'ils entendent, au lieu de répondre à la question. Des études ont également montré que la raison de cette répétition chez les enfants autistes est de participer

dans une conversation. Comme ils n'ont pas encore réussi à développer leur propre processus langagier et ne peuvent produire leur propre discours pour exprimer leurs pensées et leurs sentiments, ils répètent ce qu'ils entendent seulement .

6.2 Aphasie et écholalie :

Il s'agit d'un autre trouble dans lequel les personnes souffrent d'écholalie. L'aphasie est un trouble dans lequel, en raison de lésions cérébrales, le patient est incapable de comprendre la parole sous la forme orale ou écrite. Dans ce cas, sans savoir de quoi il parle, le patient se contente de répéter ce qu'il entend. Le discours est vague et la fonction du langage se détériore progressivement.

6.3 Démence et son association avec l'écholalie :

Causée par une lésion cérébrale ou une maladie cérébrale, la démence est un trouble persistant et chronique du processus mental. Les patients souffrant de démence présentent souvent des troubles du raisonnement, des troubles de la mémoire et une écholalie, puisqu'ils perdent leur capacité globale, ne parviennent à produire leur propre discours et ne font donc que répéter ce qu'ils entendent.(https://www.epainassist.com/autism-spectrum-disorder/what-is-echolalia)

7. La relation entre l'écholalie et la mémoire «sémantique» et «épisodique» :

L'écholalie, qui consiste à répéter des mots ou des phrases entendues, est liée à la mémoire épisodique et sémantique de plusieurs manières :

Mémoire épisodique : L'écholalie est souvent considérée comme un aspect de la mémoire épisodique, qui stocke les informations concernant les événements personnels et les faits généraux. Lorsque nous répétons des phrases, nous utilisons notre mémoire épisodique pour stocker ces informations, ce qui permet de les rappeler ultérieurement.

Mémoire sémantique : La mémoire sémantique est impliquée dans l'acquisition et l'utilisation de connaissances sur le monde et sur les conduites appropriées dans des situations données. Lorsque nous répétons des phrases, nous utilisons également notre mémoire sémantique pour comprendre le sens et la signification des mots et des phrases.

En résumé, l'écholalie est liée à la mémoire épisodique et sémantique, et implique une intégration de ces deux systèmes pour stocker et rappeler les informations. (RELATIONS ENTRE MEMOIRE EPISODIQUE ET MEMOIRE - ORBi

https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/2155/1/approche%20neuropsy%20des%20relations%20memoire%20episod%20et%20semant.pdf)

8. Les approches explicatives de l'écholalie :

8.1 Une étape dans l'acquisition du langage :

L'écholalie a été considérée comme une étape utile, voire nécessaire au développement verbal approprié des autistes. Son rôle dans le pronostic du développement du langage à été souligné : il y a plus de chance que des enfants écholalique acquièrent la capacité de parler spontanément que ceux qui ne parlent pas du tout. L'évolution des particularités langagières autistiques a été résumée par la séquence de Prizant et Duchan : mutisme initial (retard) ; écholalie immédiate, puis différée ; inversion pronominale ; langage stéréotypé hors contexte, avec ensuite langage plus productif et fonctionnel ; enfin, langage plus évolué avec répétitions thématiques. L'écholalie diminuerait au fur et à mesure du développement du langage spontané. On pourrait supposer qu'elle constitue une étape transitoire pré communicative dans laquelle langage spontané, pas encore totalement maîtrisé et écholalie fonctionneraient en même temps. Il y aurait une certaine continuité entre la répétition normale au sein du développement du langage et la répétition automatique ou stéréotypée. L'écholalie est d'ailleurs utilisée comme une ressource d'apprentissage linguistique. Cette conception souligne l'importance de l'imitation (surtout immédiate et synchronisée) dans le développement de la communication notamment verbale.

8.2 L'approche développementale du langage :

Cette approche laisse cependant inexpliqué un certain nombre d'observations. D'abord, précisons que l'écholalie n'est pas une condition nécessaire d'acquisition de la structure du langage puisque certains enfants au développement typique n'en présentent pas. Par ailleurs, elle n'expliquerait pas la persistance de l'écholalie bien au-delà de l'étape d'une éventuelle acquisition. Des enfants autistes possédant un langage spontané, mais aussi des adultes autistes, présentent également des écholalies (ou un « langage métaphorique »). On observe donc que l'écholalie persiste alors même que la structure syntaxique ou l'inversion des pronoms, est acquise. Il semble difficile d'expliquer pourquoi certains autistes, tout en étant capables de dire « oui », continuent à produire une écholalie qui correspondrait à une fonction affirmative. Cette fonction de transition de l'écholalie n'est pas totalement compatible non plus avec le fait que certains autistes mutiques se mettent à parler sans qu'il y ait eu de signes

précurseurs comme certains se mettent à marcher sans avoir jamais rampé ou s'être aidé en se tenant aux chaises (cas de Herbert dans les observations de Kanner). Le langage semble en fait « brûler les étapes développementales classiques ». Il se peut ainsi que l'enfant autiste ne suive pas les mêmes voies que l'enfant au développement normal, voire que d'autres enfants présentant des retards ou des déficits langagiers.

(L. Beaud / Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 58 (2010) 168–176 https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.10.007)

9. Outils d'évaluation de l'écholalie :

L'écholalie comprennent ;

Conversations avec le patient : Un professionnel de santé, comme un médecin, un neurologue ou un psychiatre, peut diagnostiquer l'écholalie en échangeant avec la personne atteinte. Si elle a du mal à faire autre chose que de répéter ce qui a été dit, elle peut en être atteinte.

Séances d'orthophonie : Des séances d'orthophonie peuvent aider à évaluer et à traiter l'écholalie en enseignant à la personne atteinte à exprimer ses pensées de manière indépendante.

Médicaments : Des médicaments tels que des antidépresseurs ou des anxiolytiques peuvent être utilisés pour lutter contre les effets secondaires de l'écholalie, comme l'angoisse ou la dépression.

Thérapies cognitives et comportementales : Ces thérapies peuvent aider à traiter les causes de l'écholalie et à améliorer les compétences de communication de la personne atteinte.

Observation de la communication : Les professionnels de santé peuvent observer les interactions de la personne atteinte pour évaluer la fréquence et la gravité de l'écholalie. Ces outils d'évaluation permettent de déterminer le stade de l'écholalie et de prescrire le traitement approprié. (Echolalie et autisme : répétitions significatives - Upbility.fr https://upbility.fr/blogs/news/echolalie-et-autisme-repetitions-significatives)

10. La prise en charge de l'écholalie :

La prise en charge de l'écholalie se fait à travers différentes méthodes qui se présentent comme suite :

La méthode ABA : est une technique efficace pour enseigner des compétences importantes aux enfants autistes et améliorer leurs capacités de communication. Elle vise à améliorer l'attention, le langage réceptif et les compétences motrices en utilisant des stratégies de renforcement comportemental et en modifiant l'environnement.

Le PECS : est un système de communication par échange d'images utilisé dans le domaine de l'orthophonie pour aider les enfants autistes ou présentant des TED à communiquer efficacement. Elle vise à améliorer la communication, le langage réceptif et l'expression verbale en utilisant des images pour enseigner des compétences importantes.

Le programme Makaton : est un système de communication assistée par des signes et des pictogrammes destiné à aider les enfants et les adultes ayant des difficultés de communication. Il combine la parole avec des signes issus de la langue des signes britannique et des symboles visuels pour renforcer la compréhension et l'expression du langage.

La méthode CAA : est un système de communication qui utilise des signes et des pictogrammes pour aider les enfants et les adultes ayant des difficultés de communication. Elle combine la parole avec des signes issus de la langue des signes britannique et des symboles visuels pour améliorer la compréhension et l'expression du langage.

Ces différentes méthodes de rééducation de l'autisme ont été présentées d'une façon détaillée dans le chapitre précédant « chapitre du TSA ».

Mis appart ces méthodes de prise en charge les orthophonistes on recourt à plusieurs méthodes et techniques spécifiques pour traiter l'écholalie telle que :

Activité d'écoute, Activité de pause, Activité de choix, Activité de changement de la voix, Jeu de rôle, Description de l'image expressive, Activité de la compréhension.

Ces exercices sont utilisés pour dans la rééducation de l'écholalie, ils seront détaillés dans le chapitre de « la méthodologie ».

Synthèse :

Depuis longtemps l'écholalie est considérée comme un trait distinctif présent chez enfants TSA, bien que des études récentes tendent à démontrer que ce type d'imitation n'est pas exclusif aux personnes autistes et peut être observée chez des personnes présentant notamment un trouble primaire du langage.

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule

La partie méthodologique est cruciale dans la recherche du terrain, cette étape spécifique procédant d'une position théorique et épistémologique pour la sélection des techniques concrètes de la recherche comportant un ensemble d'étapes logiques qui rend le travail du chercheur objectif.

Au cours de ce chapitre nous allons aborder la pré-enquête, définir la méthode utilisée, présenter notre lieu d'étude, les outils et le groupe de recherche ainsi que le déroulement de cette dernière.

1. La pré-enquête

La pré enquête est une étape importante, au cours de cette phase le chercheur se familiarise de manière complète avec le groupe de recherche. Elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global et de recueillir des données dont l'analyse autorisera un affinement du cadre conceptuel, elle permet également de formuler des hypothèses générales. Bien que critique, cette étape non formalisée utilise tous les moyens de communication ou d'informations accessibles, il peut donc s'agir de faire des observations directes ou de mettre en place des méthodes d'enregistrement. **(Edith Salès-Wuillemin, 2006, p8).**

D'une manière générale, cette phase précoce du terrain permet au chercheur de récolter toutes les informations utiles à sa recherche.

Depuis la fin novembre 2023, nous avons mené une pré-enquête par le biais d'entretiens exploratoires d'une durée de 3 jours, nous dirigeant en premier lieu vers le cabinet d'orthophonie Hammouchi situé à Akbou .Nous y avons été accueillis chaleureusement par l'orthophoniste avec qui nous avons eu une conversation enrichissante afin de clarifier et d'expliquer notre thème de recherche portant sur "La prise en charge orthophonique de l'écholalie chez les enfants atteints du spectre autistique". À l'issue de cette rencontre, elle nous a demandé de patienter pour une réponse favorable et une étude approfondie de la situation.

Au début du mois de décembre, nous sommes retournés au cabinet pour effectuer notre recherche. Nous y avons exposé les objectifs de notre étude sur ce thème, mais il s'est avéré que les cas recherchés n'étaient pas disponibles. Cette situation nous a amenés à revoir

l'intitulé de notre sujet de recherche, qui sera orienté vers "La prise en charge de l'écholalie immédiate chez les enfants atteints du spectre autistique". Initialement, nous avions identifié 5 cas de TSA, mais seulement 3 d'entre eux présentaient une écholalie de type immédiate. Les 2 autres cas, après confirmation du diagnostic, ne présentaient pas d'écholalie mais plutôt des caractéristiques stéréotypées des TSA.

2. La méthode de recherche

Vu que notre étude est la prise en charge de l'écholalie chez les autistes, on a opté pour la méthode descriptive basée sur les TLA et les exercices de rééducation orthophonique.

La méthode descriptive à pour objectif d'observer et décrire en tant que méthode repose principalement sur l'observation organisée du comportement. Cette approche est souvent la première étape lorsque l'on aborde de nouveaux domaines, tant qu'il est important de décrire le comportement avec précision avant de tenter de l'expliquer. **(Piolat, 2020, 35)**

La méthode descriptive ne s'agit pas seulement d'une simple série d'observations sans contexte. Une conception de recherche descriptive est une méthode scientifique d'observation et de description de phénomène. De nombreux domaines scientifiques, en particulier les sciences sociales, utilisent cette méthode pour obtenir une vue d'ensemble d'un sujet.

3. Présentation du lieu de stage

La partie pratique de notre recherche s'est déroulée au sein du cabinet d'orthophoniste « HAMMOUCHI.S » de la wilaya de béjaia situé à exactement à la nouvelle zone urbaine rue Debih

Le cabinet est composé de 4 salles : salle de consultation, salle du psychologue, salle d'activité et une salle d'attente. C'est un cabinet qui assure la prise en charge des enfants et des adultes, qui présentent diverses pathologies comme :

- Retard mental.
- Retard de parole.
- Retard de langage.
- Trouble d'articulation.
- Difficultés d'apprentissage.
- Pathologie de la voix.

- Autisme.
- Bégaiement.
- TDA/H

4. Le groupe de recherche

Notre groupe de recherche se compose de 3 patients, dont deux filles et un garçon, diagnostiquer par leurs orthophoniste actuel, atteins d'écholalie immédiate, âges entre 4 à 5 ans.

Tableau n° 4 : présentation du groupe d'étude.

Les Cas	Nom&Prénom	Sexe	Age	Type d'écholalie	Type de pathologie	Age du diagnostic
N°=01	H.A	Féminin	4ans	Echolalie immédiate	Autiste	**2 ans et 7 mois**
N°=02	T.R	Masculin	4ans et 8mois	Echolalie immédiate	Autiste	**3 ans**
N°=03	H.Y	Féminin	5ans	Echolalie immédiate	Autiste	**/**

❖ **Critères d'inclusion:**

- Âge de 4 ans a 5 ans.

- Les patients sont diagnostiqués et atteints de l'écholalie.

❖ **Critère d'exclusion:**

- D'autres troubles associés n'ont pas été pris en considération.

- Le sexe.

5. Les outils de recherche

5.1- La méthode Communication Alternative et Augmentative (CAA)

La Communication Alternative et Augmentative (CAA) est une méthode qui vise à aider les individus qui ont des difficultés à communiquer verbalement. Elle utilise des outils tels que des tableaux de communication, des applications sur tablettes, des signes, des symboles ou des images pour soutenir la communication. Ces outils permettent aux personnes ayant des troubles de la communication de s'exprimer, d'interagir et de participer activement à diverses situations de la vie quotidienne.

Nous avons utilisé Les TLA qui font partie de la méthode CAA qui est défini comme suite TLA (Tableau de Langage Assisté) est un outil de communication visuelle sous forme de grille contenant des symboles, des pictogrammes ou des photos. Il est conçu pour faciliter l'expression et l'interaction des personnes ayant des difficultés à communiquer verbalement, comme les enfants avec des troubles du spectre autistique ou les personnes atteintes de handicaps moteurs. **(Définition de TLA en anglais - Cambridge Dictionary**https://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/tla)

- **Les TLA utilisé :**

Présentation des TLA :

Les TLA, ou Tâches de la Vie Quotidienne, sont des activités essentielles pour le bien-être et le bon fonctionnement quotidien des individus. Dans le cadre de notre mémoire, il est crucial de comprendre et d'analyser ces différentes tâches pour évaluer l'autonomie et la qualité de vie des personnes concernées.

L'étude des TLA permet d'appréhender de manière holistique les besoins et les capacités des individus dans leur vie quotidienne, offrant ainsi des perspectives précieuses pour l'intervention et l'accompagnement adaptés.

L'objectif des TLA c'est une base préliminaire pour renforcer les exercices de rééducation orthophonique de l'écholalie, et d'améliorer la compréhension chez l'enfant autiste (l'enrichissement du stock lexical), et par conséquent diminuer ou disparition de l'écholalie. Voici une présentation structurée des TLA les plus utilisée dans par l'orthophoniste :

1. TLA Repas :

Les activités liées à la préparation et à la prise des repas sont essentielles pour maintenir une alimentation équilibrée et favoriser la santé. Dans le cadre de notre mémoire, il est important d'analyser la capacité de la personne à planifier, préparer et consommer ses repas de manière autonome. Des aspects tels que les habiletés culinaires, les restrictions alimentaires et les préférences personnelles doivent être pris en compte. (Voir annexe 01)

2. TLA Aller aux Toilettes :

Les activités liées à l'hygiène corporelle, comme la toilette, sont cruciales pour le bien-être physique et psychologique. Dans l'étude des TLA, il est pertinent d'évaluer la capacité de la personne à effectuer les gestes d'hygiène de manière autonome, en prenant en considération des facteurs tels que la mobilité, la coordination et l'orientation spatiale. (Voir annexe 02)

3. TLA Habillage :

Les pictogrammes ou (TLA) d'habillage servent à aider à séquencer des tâches comme l'habillage, en illustrant les différentes étapes du processus. Ils sont utiles pour les enfants ayant des difficultés de communication ou des troubles du spectre autistique. Ces pictogrammes facilitent la compréhension des gestes quotidiens et contribuent à l'apprentissage du langage en offrant un support visuel clair. (Voir annexe 03) (https://lespictogrammes.com/vos-creations-fr.php)

5.2-Les exercices de rééducation orthophonique de l'écholalie

Exercices	Consignes	Annexes
Activités d'écoute	Former l'enfant à une bonne réception auditive, pour atteindre une conscience suffisante du traitement auditif pour recevoir et analyser des informations.	Voir Annexe 04
Activité de pause	L'enfant est invité à s'arrêter, à écouter, puis à répondre. Cela lui permet d'analyser les informations envoyées et d'émettre une réponse appropriée.	Voir Annexe 05

Activité de choix	Entraîner l'enfant à choisir entre deux choses, puis parmi trois choses, puis parmi plusieurs choses, cet apprentissage comble son désir Il existe une réponse appropriée.	Voir Annexe 06
Activité de changement de la voix	Changer la voix et Posez la question sur un ton interrogateur et entraînez l'enfant à répondre sur un ton différent.	Voir Annexe 07
Jeu de rôle	Utiliser des activités pour envoyer et recevoir des informations (c'est le tour de qui ? Moi ou c'est toi ?) entre deux ou plusieurs personnes.	Voir Annexe 08
Description de l'image expressive	Montrer une image significative et interroger l'enfant à ce sujet. Nous demandons et écoutons en attendant que l'enfant traite visuellement l'image. Et il a donné la réponse.	Voir Annexe 09
Activité de la compréhension	Entraîner l'enfant au jeu de lui demander d'accomplir une tâche ex (ferme la porte s'il te plaît / assez toi s'il te plaît / câline moi si tu as envie).	Voir Annexe 10

(2011, slp, abdelazimhttps://www.scribd.com/document/)

Tableau N°5 : Les exercices de rééducation orthophonique.

6. Le déroulement de la recherche

6.1. Partie théorique

Pour cette partie, nous avons pris beaucoup de temps à collecter des informations via des sites, des articles, des revues, et surtout via des bases de données, vu que très peu d'études sont été menées à ce sujet. Ensuite, nous avons défini les questions, ainsi que les hypothèses, et enfin nous avons choisi la méthode de recherche adaptée à notre étude.

6.2. Partie pratique

Concernant cette partie nous avons choisi le groupe de notre recherche avec l'orthophoniste le 29 Novembre 2023 selon les critères de sélection définis auparavant. Après avoir conclu le choix du groupe de la recherche, nous avons discuté avec les parents des sujets concernés et nous avons éclairé l'objectif de notre recherche puis on leur a proposé de participer à cette dernière.

Suite à cette étape, les entretiens se sont déroulés dans le cabinet de l'orthophoniste dans de bonnes conditions, au nombre de 2 séances par semaine pour chaque cas. Ces derniers étaient coopératifs pour nous aider et nous fournir les informations nécessaires à notre recherche. Les entretiens ont été menés avec la langue maternelle de chaque sujet tout en s'assurant de la ponctualité de la traduction pour ne pas altérer le sens. « Les exercices étaient en français, on les a traduits en langue maternel (Kabyle) ».

Nous avons utilisé les TLA « Tableau de Langage Assisté » pendant 4 séances qui porte sur les activités spécifiques (Repas, Toilette, Habillé), et les exercices de la rééducation orthophonique, en veillant sur la bonne réalisation des exercices orthophoniques en mentionnant chaque observation (réaction du patient à l'exercice) pendant les 4 séances. Les exercices ont été partagés selon les séances du patient et selon la réaction du patient à l'exercice, en commençant par les TLA vers les exercices de rééducation orthophonique.

Synthèse

Nous pouvons conclure ce troisième chapitre en disant que la méthodologie de recherche nous a permis d'organiser notre étude , à travers le respect de l'ensemble des règles d'éthique et déontologique.

Dans ce chapitre, on s'est basé sur l'outil de recherche qui est adéquat à notre projet d'étude, à savoir les TLA et les exercices de rééducation orthophonique, qui nous ont servis à avoir des résultats positifs sur notre groupe de recherche , dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses posées dans la problématique, c'est d'ailleurs l'axe du chapitre suivant qui s'intitule « présentation , analyse et interprétation des résultats et discussion des hypothèses».

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

I- Présentation et analyse des résultats :

1. Présentation du 1er cas « H.A » :

«H.A » est une petite fille âgée de 4 ans, intégrée dans une crèche de la moyenne section alors qu'elle devrait être dans la grande section, cette dernière issue d'une famille modeste elle est la benjamine de ses frères et sœurs. Ces parents semblent préoccupés par l'état de sa fille particulièrement de son avenir et pour sa communication et ses interactions par rapport à son trouble.

« H.A » est diagnostiquée à l'âge de 2ans et 7 mois par son pédopsychiatre et son orthophoniste comme une enfant TSA, les premières manifestations de trouble étaient vers l'âge de 2ans, sous forme des gestes, position « W » lors qu'elle s'assoit, absence de contacte visuelle, promène dans l'aire, stéréotypies avec agitation.

La petite souffre présente une écholalie de type immédiate persistante

1.1. Présentation des résultats du Tableau de langage assisté (les TLA) du 1er cas « H.A » :

L'activité	Description de la 1ère séance	Description de la 4ème séance
TLA Repas	Initialement, l'enfant éprouve des difficultés à exprimer son envie de manger, à identifier où il doit s'alimenter et à adopter les comportements appropriés lors des repas, comme s'asseoir à table.	Néanmoins, après l'intervention, l'enfant a appris à prendre ses repas de manière adéquate et à communiquer ses besoins alimentaires sans avoir de crises de colère.
TLA Aller aux toilettes	Dans les premiers temps, l'enfant ne maîtrise pas les compétences nécessaires pour aller au toilette, de manière autonome. Est elle ne sait pas comment effectuer cette tâche ni comment communiquer son besoin d'aller au toilette.	Cependant, à la suite de notre intervention, l'enfant a pu acquérir la capacité de demander d'aller au toilette, et de réaliser cette activité de manière indépendante, sans avoir besoin de l'aide de ses parents.
TLA Habillage	Au début, l'enfant rencontre des problèmes pour différencier les différents vêtements (chaussures, claquettes, t-shirt, veste) et pour s'habiller correctement.	Cependant, à la suite de l'intervention, l'enfant a développé la capacité de comprendre comment s'habiller de manière appropriée et de mettre en

		place chaque vêtement en fonction de ses caractéristiques (par exemple, mettre d'abord les chaussettes, puis les chaussures).

Tableau N° 6 : Déroulement des TLA du 1er cas.

Lors de la passation de la série des TLA « je veux aller au toilette / je veux manger et je veux m'habiller». La patiente « H.A » a passé plusieurs séances «1—›4 séances » en résumer elle a interagit la séance avec nous et elle a même dépassé le cercle de la répétions au moins de 2 séances, son évolution a été remarquable au niveau de la prise en charge.

La petite fille a bien réussie la première épreuve des TLA « je veux manger » même si au début on avait rencontré quelque difficulté au niveau de l'adaptation des pictogrammes en fonction des capacités de notre patiente mais on avait peu travaillé avec elle sur la communication verbale et non verbale liée à la nourriture et même pour s'habiller dont on avait impliqué des exercices de communication sur les TLA en pointant le doigt sur les pictogrammes spécifiques. Et concernant la consigne aller au toilette sa nous a pris un plus de temps pour renforcer les consignes simple et à la routine.

L'évolution était positif au cours de la prise en charge durant les 4 séances successif pour notre patiente « H.A », en somme la petite a évoluée positivement dans la prise en charge des TLA dont elle a changé ses mauvaises habitudes et de les replacer par une bonne structure habituelle et quotidienne ajoutant un point principal qu'elle s'est évoluer et diminuer sur le plant pragmatique. (Voir annexe 1, 2, 3)

1.2. Les exercices de la rééducation orthophonique de l'écholalie :

Les exercices de rééducation orthophonique sont présentés sous forme de grille qui contient 10 images pour chaque exercice qui sont présentés dans le tableau ci-dessus.

Tableau **Exercice/Activité**	**Outils**	**Séances** 01	02	03	04	**Scores**

1 : La formation à la perception auditive et le traitement de l'information.	10 images (par désignations et pointage) - Fruits - Animaux	10/10	10/10	09/10	10/10	9.75/10
2 : Activité de pause.	10 images (posé la question ? -Puis laisser réfléchir. -Puis recevoir la réponse)	8/10	10/10	09/10	10/10	9.25/10
3 : Activité de choix.	10 images (posé la question ? sur l'image) -C'est quoi sa ?	07/10	06/10	09/10	10/10	8/10
4 : Activité de changement de la voix.	10 images (pose la question d'une façon interrogatoire et recevoir d'une autre façon)	03/10	06/10	09/10	09/10	6.75/10
5 : Activité de tour de rôle.	10 images (correspondantes, et jeux de concentration) -lui faire attendre son tour	Ex1 10/10	10/10	10/10	10/10	10/10
		Ex2 08/10	05/10	09/10	10/10	8/10
6 : Activité de la description.	10 images on lui demande de décrire se	03/10	05/10	08/10	08/10	

	qu'il voit ?					6/10
7 : Activité de la compréhension.	Demander à l'enfant une chose : ouvre la porte, fait moi un câlin ....etc.	10/10	10/10	10/10	10/10	10/10
Résultats	/80	59	62	74	77	/

SCORE	67.75/80

Tableau n° 7 : des exercices de rééducation de l'écholalie

1.3. Analyse des exercices de rééducation de l'écholalie :

Lors de la passation de la série « d'activités / exercices » au patient à plusieurs science «1—›4 séances » le score totale est de 67.75/80, se score nous informe que les exercices en menés une bonne évaluation au niveau de la prise en charge.

La petite fille elle a bien réussie le première exercice par apporte à la désignation et le pointage sur le sujet de l'image ou elle a obtenue 9.75/10, ainsi elle a de même réussie l'exercice de pause avec un score de 9.25/10, et dans l'exercice de choix elle a trouver des difficulté en choisissant ce qu'elle préfère , par apporte a la demande elle a sortie avec un score de 8/10, et pour l'exercice de changement de la voix et de posé la question d'une façon interrogatoire en jouent avec la voix et de répondre avec une voix de façon a recevoir la réponse, cella lui a un peux perturber. Car elle n'a pas encore compris le but de l'exercice, mais au final elle a réussie avec un score de 6.75/10. Et dans l'exercice de tour de rôle qu'on a divisé en deux parties dont ont a utilisé deux outils : le 1er « 10 images correspondantes » elle a obtenu une note complète 10/10 car elle aime les animaux. Le 2ème outil « jeux de concentration avec 10 balle de couleurs » elle était perturber car elle n'aime pas les couleurs, c'est ce qui fait d'elle de prendre plusieurs balles au lieu d'une seule, et elle refuse d'attendre son tour, elle est sortie avec un score de 8/10. En suite on a subi quelques difficultés dans l'exercice de la description des images, au début elle évitait les images car ses des images un

peut différant par rapport aux images précédentes, et elle décrit le générale et néglige le particulier.

L'évaluation était positif au cours de la prise en charge durant les 4 séances successif, en somme la petite a évoluée positivement dans la plupart des activités et exercices.

1.4. Synthèse du 1er cas « H.A » :

La patiente « H.A » a été prise en charge pour le trouble de l'écholalie de type « immédiate » dans le but c'est diminuer l'écholalie chez cet enfant.

La prise en charge orthophonique est personnalisée et varie selon les besoins spécifiques de chaque patient. Voici la méthode et la rééducation suivie à l'enfant :

On avait commencé par exposer les TLA a l'enfant d'une manière général on les appliquant d'abord sur nous même pour qu'elle comprenne les consignes et les pictogrammes afin d'éviter la répétition mécanique des mots, exemple : (je veux, je ne veux pas, sécher, laver, manger…etc.). Ensuite on les a classé selon Le TLA correspondent aux pictogrammes, là l'enfant est face à une épreuve difficile ; qui est difficultés de comprendre les consignes verbales ou visuelles liées aux routines de toilette. Ce qui aboutit à des résultats satisfaisant. la patiente a maîtrisée la quasi-totalité des TLA spécifiquement celui de « habillage »,après cette réussite les TLA ce qui contribuer l'améliorer la compréhension chez l'enfant autiste (l'enrichissement du stock lexical) et de renforcer avec la sériée d'exercice de 7 activités dans le but de la diminution de l'écholalie et cela a donné un résultat positif pour notre patiente « H.A » même ses parents l'ont remarqué chez eux qu'elle fait d'une progression positif dans le côté de son langage.

2. Présentation du 2ème cas : T.R

« T.R » est un enfant âgé de 4ans et 8 mois, il n'est pas encore scolarisé ni intégré dans une crèche, issu d'une famille modeste, il est le fils unique, ses parents semblent très inquiets par l'état de leur enfant particulièrement ses interactions, et sa communication qui représente le centre de panique de sa famille.

« T.R » est diagnostiqué à l'âge de 3ans comme un enfant TSA par son pédopsychiatre et son orthophoniste actuelle.

Les premières manifestations de son trouble étaient vers l'âge de 2ans sous forme du manque de communication, agitation, pleurs, absence du regard, isolation, compréhension et une perturbation de son rythme circadien

L'enfant souffre, également de l'écholalie. L'enfant éprouve des difficultés de communication et d'une écholalie type immédiate.

2.1 Présentation des résultats du Tableau de langage assisté (les TLA) du 2ème cas « T.R »

L'activité	Description de la 1ère séance	Description de la 4ème séance
TLA Repas	Initialement, l'enfant éprouve des difficultés à exprimer son envie de manger, à identifier où il doit s'alimenter et à adopter les comportements appropriés lors des repas, comme s'asseoir à table.	On à utilisé des pictogrammes représentant les différents aliments et des images de la table pour aider l'enfant à communiquer ses besoins alimentaires et à comprendre le contexte des repas. Puis l'enfant à pu comprendre les bonnes manières de s'assoir a la table, et de manger tranquillement.
TLA Aller aux toilettes	Initialement, l'enfant ne maîtrise pas les compétences nécessaires pour aller aux toilettes de manière autonome. Il ne sait pas comment effectuer cette tâche complexe, ni comment communiquer son besoin d'aller aux toilettes.	Cependant, à travers des activités ludiques et des mises en situation, l'enfant commence à prendre conscience de ses sensations corporelles liées à l'envie d'uriner ou de déféquer. On à aide l'enfant à identifier ces signaux et à les associer à l'utilisation des toilettes. Des pictogrammes et des routines visuelles sont utilisés pour faciliter la compréhension et la communication de l'enfant.
TLA Habillage	Au début, l'enfant rencontre des problèmes pour différencier les différents vêtements (chaussures, claquettes, t-shirt, veste) et pour s'habiller correctement.	À la suite de l'intervention, l'enfant a développé la capacité de comprendre comment s'habiller de manière appropriée et de mettre en place chaque vêtement en fonction de ses caractéristiques. On à guidé l'enfant étape par étape dans

		les différentes actions à effectuer, comme ouvrir les boutons, enfiler les manches, fermer les fermetures éclair, etc.

Tableau N° 8 : Déroulement des TLA du 1er cas.

L'application de l'ensemble des 3 TLA pour la prise en charge pour l'enfant « R » à donné suite aux résultats suivant: le sujet a bien réussi à comprendre et à manipuler les TLA dans le cas de besoin malgré les difficultés reconnu lors de la prise en charge durant les 4 séances.

La mise en œuvre des Tableau de Langage Assisté (TLA) sur le sujet a entrainé une évolution remarquable.

Durant les 4 séances le petit garçon à réussi à comprendre les pictogramme mais il se perdait dans l'usage de ce dernier, puis on avait acquit une nouvelle technique pour lui faciliter la tâche et de rendre le tableau usuelle d'une manière lucide : un support tactile qui lui avait facilité la compréhension et l'expression au même temps (prendre les pictogrammes souhaiter et de les collées sur le scratch pour exprimer et montrer ce qu'il veut) ceci nous a guidé à tenir compte des intérêts pour susciter sa motivation et son engagement. (Voir annexe 1, 2, 3)

2.2 Grille de la rééducation orthophonique de l'écholalie.

Les exercices de rééducation orthophonique sont présentés sous forme de grille qui contient 10 images pour chaque exercice qui sont présentés dans le tableau ci-dessus.

Tableau Exercice/Activité	Outils	Séance 01	02	03	04	scores
1 : La formation à la perception auditive et le traitement de l'information.	10 images (par désignations et pointage) - Fruits - Animaux	06/10	8/10	09/10	10/10	8.25/10
2 : Activité de pause.	10 images (posé la question ? -Puis laisser réfléchir.	05/10	09/10	09/10	09/10	8/10

	-Puis recevoir la réponse)					
3 : Activité de choix.	10 images (posé la question ? sur l'image) -C'est quoi sa ?	07/10	05/10	09/10	10/10	7.75/10
4 : Activité de changement de la voix.	10 images (pose la question d'une façon interrogatoire et recevoir d'une autre façon)	08/10	06/10	09/10	10/10	8.25/10
5 : Activité de tour de rôle.	10 images (correspondantes, et jeux de concentration) -lui faire attendre son tour	Ex1 10/10	10/10	09/10	10/10	9.75/10
		Ex2 07/10	09/10	09/10	10/10	8.75/10
6 : Activité de la description.	10 images on lui demande de décrire se qu'il voit ?	05/10	05/10	07/10	08/10	6.25/10
7 : Activité de la compréhension.	Demander à l'enfant une chose : ouvre la porte, fait moi un câlin ....etc.	10/10	10/10	10/10	10/10	10/10
Résultats	/80	58	62	71	77	/

SCORE	67/80

Tableau n° 9 : des exercices de rééducation de l'écholalie

2.3 Analyse des exercices de rééducation de l'écholalie :

L'application de l'ensemble des exercices pour la prise en charge à donné suite aux résultats suivant: le sujet a obtenu un score totale de 67/80, sur la totalité de l'ensemble des exercices durant les 4 séances. Ceci nous a avérer que les exercices nous a conduit à une évolution au niveau de cette prise en charge.

Durant les 4 séances le petit garçon à réussi son 1er exercice de la formation à la perception auditive et le traitement de l'information, et il bien comprit le contenu de désignation et le pointage sur le sujet demander sur l'image, ou il a obtenu 8.25/10, dans l'exercice de pause il

a aussi réussi avec un score de 7.75/10, dont il à bien reçu la question et il a bien compris a fin de répondre, même si dans la 1er séance il nous a pas laissé le posé la question car il connais déjà la réponse c'est ce qu'il nous a pousser de changer le contenu des images dans l'exercice, et ce qui concerne l'exercice de choix dans la 2eme séance il n'a pas était ravie toute la séance d'ailleurs à réussi juste moitié de l'exercice il a eu 05/10 mais au final on a réussi à lui faire rentré au jeux des images, et ceci à donné un score de 7.75/10, et relativement à l'exercice de changement de voix on a eu quelques difficulté car l'enfant répétait toute la phrase la phrase « question et la réponse » de la même manière posé néanmoins il a eu un score satisfaisant de 8.25/10, tandis que dans l'exercice de tour de rôle la on a diviser l'exercice en deux activités : la 1er 10 images correspondantes il a réussi toute l'activité avec un score de 10/10 au cours des 4 séances avec un score de 9.75/10, dans la 2ème activité « jeux de concentration avec balle colorées, dans la 1er séance il rate son tour et il nous laisse jouer a son tour mais après nos efforts pour lui faire comprendre bien le concept, il a pu réussir l'activité au cours des 3 séances qui suivaient ou il a obtenu 8.75/10. Passant à l'exercice de la description des images comme toutes fois on trouve que l'enfant mit l'accent sur le générale et il néglige les détailles, et c'est le résultat le plus faible d'ailleurs dans les scores qui se trouve au tableau sous la note de 6.25/10. Enfin l'exercice de la compréhension il était très joyeux car il a réussi toute nous félicitation saisi l'objectif et il sort avec un score de 10/10.

Cette série d'exercices de la prise en charge, à rapporter ses fruits car ses parents étaient satisfait des résultats de leur enfant, pour tout dire le petit garçon à évoluée positivement dans la plupart des activités de prise en charge.

2.4 Synthèse du 2ème cas « T.R »

Le patient nommé « T.R » a bénéficié d'une prise en charge pour le trouble de l'écholalie type « immédiate » dans le but diminué l'écholalie.

La prise en charge orthophonique est adaptée aux besoins individuels de chaque patient. Voici la méthode et la rééducation suivie pour les enfants : initialement, un tableau de langage assisté est utilisé, suivi par une série de 7 exercices de rééducation de l'écholalie.

L'utilisation des TLA nous on bien aider à construire à l'enfant des habitude et une façon de se comporter face à un besoin quotidien (d'aller au toilette, demander à manger et comment s'habiller d'une bonne manière sans louper une étape), et ceci à motiver l'enfant à exprimer

ce qu'il souhaite et on as pu lui réduire son écholalie grâce à des créativité pour capter son attention et l'encourager à s'exprimer d'une manière spontanée et de l'aider à dépasser son trouble.

En seconde les exercices de prise en charge orthographique ont aidé à diminuer aussi l'écholalie par le renforcement et d'avoir un lien de confiance avec le sujet ceci nous as peut rendre les échanges et les progrès plus facile a atteindre.

3. Présentation du 3ème cas : H.Y

«H.Y », est un enfant âgée de 5 ans, admis en préscolaire au niveau de la crèche, mais elle éprouve des difficultés à trouver son rôle social parmi ses camarades. Issue d'une famille modeste et moderne, l'ainé de sa fratrie, ses parents sont préoccupés par son avenir et les problèmes qu'elle rencontre. Elle a été diagnostiquée comme un enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) par son pédopsychiatre et son orthophoniste.

Les premières manifestations du trouble ont commencé à l'âge de 2 ans, avec des comportements tels que l'évitement du contact visuel, le bouchage des oreilles avec les mains, une compréhension brusque et une répétition incessante des mots entendus. En plus de ce trouble, l'enfant a également été diagnostiqué comme ayant une écholalie immédiate.

3.1 Présentation des résultats du Tableau de langage assisté (les TLA) du 3ème cas « H.Y »

L'activité	Description de la 1ère séance	Description de la 4ème séance
TLA Repas	Initialement, l'enfant éprouve des difficultés à exprimer son envie de manger, à identifier où il doit s'alimenter et à adopter les comportements appropriés lors des repas, comme s'asseoir à table.	l'enfant a pu apprendre les bonnes manières à table, comme s'asseoir correctement et manger calmement, Cela lui a permis de mieux s'intégrer aux moments de repas en famille ou en collectivité.
TLA Aller aux toilettes	Dans les premiers temps, l'enfant ne maîtrise pas les compétences nécessaires pour aller au toilette les de manière autonome. Il ne sait pas comment effectuer cette tâche ni comment communiquer son besoin	la suite de notre intervention, l'enfant a acquis la capacité de demander d'aller au toilette et de réaliser cette activité de manière indépendante, sans avoir besoin de l'aide de ses parents.

	d'aller au toilette.	
TLA Habillage	Au début, l'enfant rencontre des problèmes pour différencier les différents vêtements (chaussettes, sous-vêtements, pantalon, chemise) et pour s'habiller correctement.	Cependant, à la suite de l'intervention, l'enfant a développé la capacité de comprendre comment s'habiller de manière appropriée et de mettre en place chaque vêtement en fonction de ses caractéristiques (par exemple, mettre d'abord les sous-vêtements, puis le pantalon).

Tableau N° 10 : Déroulement des TLA du 1er cas.

La mise en place d'un tableau de langage assisté pour l'enfant "H.Y" a conduit à une amélioration significative de son autonomie et de sa communication. Les quatre séances ont été très satisfaisantes dans le soutien de son développement. Initialement, la jeune fille a réussi avec succès les trois TLA (Repas, toilette, habillage) qui font partie de ses tâches quotidiennes. Cependant, des difficultés ont été observées au niveau de la répétition involontaire et immédiate de mots et de phrases entendues par "H.Y", ce qui a rendu les échanges et les progrès plus complexes. Ces obstacles ont généré des frustrations, notamment en raison des difficultés des enfants TSA à établir des liens de confiance.

Malgré ces défis, nous avons réussi à établir une relation de confiance avec "H.Y" en adaptant les techniques utilisées, telles que l'agrandissement des pictogrammes, le changement des figurines, ou l'utilisation d'une règle pour indiquer ses besoins. Cette approche a permis de surmonter les réticences initiales de l'enfant et de l'intégrer pleinement dans le processus de prise en charge. L'encouragement de l'utilisation des TLA a été crucial, car cela a facilité sa communication de manière spécifique et efficace, comme en témoigne sa réussite à transmettre le message d'aller aux toilettes lors de la quatrième séance.

Les progrès observés chez "H.Y" ont renforcé sa confiance en elle, réduisant sa timidité et mettant en lumière son évolution positive. La collaboration étroite avec ses parents a été essentielle pour le succès de son accompagnement, car leur connaissance approfondie de leur enfant a permis un soutien précieux. Leur implication active s'est traduite par une demande de plus de TLA supplémentaires, une fois qu'ils ont constaté les résultats positifs obtenus grâce

aux exercices de prise en charge. Cette implication familiale renforce l'efficacité du traitement et favorise le développement continu de "H.Y". (Voir annexe 1, 2, 3)

3.2 Grille de la rééducation orthophonique de l'écholalie :

Les exercices de rééducation orthophonique sont présentés sous forme de grille qui contient 10 images pour chaque exercices sont présentés dans le tableau ci-dessus.

Tableau **Exercice/Activité**	**Outils**	**Séances** 01	02	03	04	**Scores**
1 : La formation à la perception auditive et le traitement de l'information.	10 images (par désignations et pointage) - Fruits - Animaux	09/10	09/10	09/10	10/10	9.25/10
2 : Activité de pause.	10 images (posé la question ? -Puis laisser réfléchir. -Puis recevoir la réponse)	06/10	08/10	09/10	10/10	8.25/10
3 : Activité de choix.	10 images (posé la question ? sur l'image) -C'est quoi sa ?	07/10	07/10	09/10	10/10	8.25/10
4 : Activité de changement de la voix.	10 images (pose la question d'une façon interrogatoire et recevoir d'une autre façon)	02/10	05/10	07/10	09/10	5.75/10
5 : Activité de tour de rôle.	10 images (correspondantes, et jeux de concentration) -lui faire attendre son tour	Ex1 07/10	07/10	08/10	10/10	8/10
		Ex2 04/10	05/10	09/10	10/10	7/10
6 : Activité de la description.	10 images on lui demande de décrire se qu'il voit ?	05/10	05/10	08/10	09/10	6.75/10

7 : Activité de la compréhension.	Demander à l'enfant une chose : ouvre la porte, fait moi un câlin ....etc.	05/10	07/10	07/10	09/10	7/10
Résultats	/80	45	53	66	77	/

SCORE	60.25/80

Tableau n° 11 : des exercices de rééducation de l'écholalie

3.3 Analyse des exercices de rééducation de l'écholalie

La série d'exercices réalisée avec l'enfant "H.Y" a abouti à un score global de 60.25/80. Les quatre séances ont été très satisfaisantes pour aider l'enfant à évoluer. Bien que la majeure fille ait réussi la série de la prise en charge, des difficultés ont été rencontrées lors de l'exercice de changement de voix. Parmi ces difficultés, on a noté une faible compréhension, une répétition limitée des questions et une négligence de la répétition des mots, mais malgré cela, l'exercice a pu être géré et a obtenu un score de 5.75/10 dans la dernière séance, comme le montre le tableau.

Cependant, d'autres exercices ont été bien réussis. L'exercice de formation à la perception auditive et au traitement de l'information a obtenu un score de 9.25/10. Les exercices 2 et 3 ont également été couronnés de succès, avec des scores de 8.25/10. L'exercice 5 a été divisé en deux activités : la première, consistant en 10 images correspondantes, a obtenu un score de 8/10, tandis que la deuxième activité, un jeu de concentration, a obtenu un score de 7/10. L'ensemble de ces activités a obtenu un score global de 60/80. La description des images a également montré une amélioration progressive, avec un score final de 6.75/10. L'exercice de compréhension a été affecté par la timidité de l'enfant, ce qui l'a incitée à hésiter à appliquer les demandes, mais elle a finalement obtenu un score de 7/10 dans la dernière séance.

L'amélioration de ses performances a redonné à "H.Y" la confiance en elle et a réduit sa timidité. Nous avons également remarqué son évolution, et ses parents ont demandé plus de séances supplémentaires après avoir vu les résultats positifs obtenus grâce aux exercices de prise en charge.

3.4 Synthèse du 3ème cas « H.Y »

La patiente H.Y. a bénéficié d'une prise en charge pour le trouble de l'écholalie immédiate. La prise en charge orthophonique a été personnalisée et adaptée aux besoins spécifiques de H.Y. La méthode utilisée a commencé par l'exposition des TLA (Repas, Toilette, Habillage) de manière anarchique, permettant à l'enfant de voir tous les pictogrammes accompagnés de mots verbaux (par exemple, "je veux", "je ne veux pas", "sécher", "laver", "manger", etc.). Ensuite, les TLA ont été classés selon les pictogrammes correspondants. Cela a représenté une épreuve difficile pour « H.Y » car l'enfant peut avoir des difficultés à comprendre les consignes verbales ou visuelles liées aux routines de toilette, ce qui peut entraîner des incompréhensions, des frustrations et des obstacles à l'apprentissage des gestes et des séquences nécessaires.

Cependant, avec l'aide des parents, « H.Y » a réussi à maîtriser presque les TLA, notamment celui de " aller au toilette". Cette réussite a permis d'améliorer la compréhension chez l'enfant autiste et d'enrichir son stock lexical. Ensuite, une série 7 d'exercices ont été mise en place pour atteindre le but de diminuer l'écholalie. Cela a donné un résultat positif pour « H.Y ».

Tableau n° 12: Tableau récapitulatif des résultats des 3 cas de la série d'exercices

Cas	Noms & Prénoms	Scor durant les séances				Scor de la prise en charge
		1	2	3	4	
01	H.A	59/80	62/80	74/80	77/80	67.75 / 80
02	T.R	58/80	62/80	71/80	77/80	67 / 80
03	H.Y	45/80	53/80	66/80	77/80	60.25 / 80

—› Suite aux résultats obtenus aux exercices la quasi-totalité des patients ont réalisé de progrès considérable dans la prise en charge, la plupart des scores obtenus dans chaque séance sont plus élevés comparés à ceux obtenus à l'étape initiale de la prise en charge.

—› Le tableau n°12 nous renseigne sur les différents taux : 67.75 / 80 pour la patiente « H.A » (le score le plus élevé), et 60.25 / 80 pour la patiente « H.Y » (le score le plus faible du groupe de recherche), et pour le patient « T.R » c'est le score moyen du groupe de recherche avec 67 / 80.

—› Selon les résultats de la prise en charge, la différance dans les scores en générale n'est pas assez remarquable sauf pour le 3ème cas «H.Y » qui a obtenu un score faible par rapport aux deux autres cas. Pour le 1er cas et le 2ème cas les scoras obtenus dans chaque séance ils sont des notes identique dans la séance 2 et 4 malgré que le score du 1er cas était supérieure (67.75 / 80), comparé à celui du 2ème cas qui à obtenu (67 / 80). Et on remarque que tous les 3 cas du groupe de recherche s'évoluent durant chaque séance de prise en charge. Le 1er cas elle est passée de 59/80 (séance 01) au 77/80 (séance 04), le 2ème cas il est passé de 58/80 au 77/80, et le 3ème cas de 45/80 au 77/80.

Synthèse générale

Les 3 patients (H.A, T.R et H.Y) souffraient tous du trouble de l'écholalie de type "immédiate" et ont bénéficié d'une prise en charge orthophonique personnalisée visant à diminuer ou supprimer ce trouble.

La méthode de rééducation utilisée comportait deux volets principaux :

1. L'utilisation de tableaux de langage assisté (TLA) avec pictogrammes représentant différents besoins et actions du quotidien (vouloir, ne pas vouloir, s'habiller, se laver, manger, etc.). Cela permettait de structurer le langage, d'enrichir le vocabulaire et de faciliter la compréhension et l'expression des patients, malgré les difficultés initiales liées à l'autisme.

2. Une série de 7 exercices de rééducation orthophonique spécifiques à l'écholalie, visant à renforcer les acquis, capter l'attention des enfants et les encourager à s'exprimer de manière plus spontanée.

Les résultats sont satisfaisants pour la totalité de notre groupe de recherche

- H.A a maîtrisé la plupart des TLA, surtout celui de "s'habiller", ce qui a permis d'améliorer sa compréhension et de diminuer son écholalie de façon significative, selon les observations de ses parents.

- T.R a développé de meilleures habitudes et comportements face à ses besoins quotidiens grâce aux TLA. Cela a réduit son écholalie et facilité ses échanges, grâce à un lien de confiance établi avec l'orthophoniste.

- H.Y a également bien assimilé les TLA, surtout celui de "toilette". Cela a enrichi son vocabulaire et, combiné aux exercices spécifiques, lui a permis de dépasser son écholalie.

En conclusion, une prise en charge orthophonique adaptée, associant des outils visuels structurants et des exercices ciblés, peut permettre de réduire significativement l'écholalie chez des enfants autistes, favorisant ainsi leur autonomie et leurs interactions sociales. La patience, l'adaptation et l'implication des parents sont des facteurs clés de réussite.

II. Discussion des hypothèses

Cette dernière partie de notre chapitre, va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses, celles émises au départ , et sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou infirmées à travers l'analyse des résultats des outils que nous avons utilisée, à savoir les CAA et les exercices de la rééducation de l'écholalie.

Discussion de la première hypothèse : **« La méthode CAA est efficace dans la diminution de l'écholalie immédiate chez les enfants TSA.»**

D'après les résultats obtenus chez notre groupe de recherche : « H.A », « T.R », et « H.Y », effectuant (4 séances) de rééducation orthophonique, leurs résultats révèlent l'évolution de la diminution de l'écholalie immédiate grâce à la méthode CAA (TLA). Quoique ces exercices sont simples mais ils sont à la fois subtils, car ils exigent de compréhension, concentration, et de la patience.

L'interprétation des données recueillies des 3 cas, nous a mené à constater que la communication alternative augmentée (améliorée) « CAA » est efficace dans la diminution de l'écholalie chez les TSA. Ce qui confirme notre première hypothèse.

Discussion de la deuxième hypothèse : **«La méthode CAA, et les exercices de la rééducation orthophoniques de l'écholalie contribuent à la diminution de l'écholalie immédiate chez les enfants TSA.»**

Les résultats de notre groupe de recherche, composé de « H.A », « T.R », et « H.Y », montrent que les quatre séances de rééducation orthophonique ont entraîné une diminution significative de l'écholalie immédiate. Ces exercices ont également amélioré la

compréhension du langage réceptif chez les personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA).

Les résultats des 3 cas indiquent que les exercices de rééducation pour l'écholalie chez les personnes avec TSA sont efficaces pour réduire l'écholalie, ce qui confirme notre deuxième hypothèse.

Les résultats de notre étude convergent au résultats réalisée par Elisabeth LAPLAGNE et Lou ALLOCHON le mois février 2023 sur la Communication Alternative et Améliorée ou CAA met à la disposition des personnes souffrant de troubles sévères de la communication ainsi que des professionnels et des familles qui les accompagnent, des méthodes et des outils pour favoriser l'accès à la communication, cette étude à pour objectif d'en renforcer à terme le déploiement auprès des personnes concernées,

Les principaux résultats de l'étude sont les suivants : Un bon niveau de connaissance des outils de la CAA aussi bien chez les familles (70 %) que les professionnels (85 %), Un taux de recours aux outils inégal selon le type de handicap. Ainsi, 63 % des proches d'une personne souffrant de troubles du spectre de l'autisme.)

D'après l'étude on conclut que les outils basée sur la méthode CAA sont très efficace pour favoriser la communication chez l'enfant atteints de TSA.

Conclusion

Conclusion

L’autisme est un trouble neuro-développemental très courant dans notre société, en particulier ces dernières années. Les symptômes de l’autisme apparaissent souvent tôt dans la vie, caractérisés par un retard ou une absence de langage, un comportement inhabituel et des interactions sociales limitées. Cette manifestation est liée à une perturbation des processus cognitifs et de leur fonctionnement.

L’écholalie fait partie de ces processus affectés par l’autisme, elle se manifeste par une répétition automatique, incontrôlée et quasi instantanée des derniers éléments (mots, syllabes ou phrases entières) énoncés par une personne avec qui le patient interagit, il s'agit d'un trouble affectant la capacité de langage.

Pour réaliser cette étude nous avons eu recoure à la méthode descriptive sur un groupe de recherche qui comprend trois cas âgés de 4 à 5 ans, nous avons intégré les TLA (Tableaux de Langage Assisté) qui fais partie de la méthode CAA pour faciliter l'accès au lexique et préparer les sujets aux exercices de rééducation orthophoniques, ces exercices comprenaient des activités variées telle que l'écoute, la pause, le choix, le changement de voix, le tour de rôle, la description d'images et la compréhension.

L'analyse des résultats de chaque séance a montré une amélioration progressive à chaque étape de rééducation, l’interprétation des résultats ont confirmé nos hypothèses de recherche et ils ont contribué à l'objectif attendu celui de diminuer l'écholalie chez les autistes. Cependant, en raison du nombre limité de cas étudiés, il est important de ne pas généraliser ces résultats malgré la validation de nos hypothèses.

En conclusion, cette étude souligne l'importance des méthodes de rééducation telles que la méthode CAA et les exercices de rééducation orthophoniques de l'écholalie. Des recherches supplémentaires avec un échantillon plus large pourraient renforcer ces résultats et contribuer à une meilleure prise en charge de ce trouble de la communication.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

1. Amercian Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5 (5 e éd; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq).
2. Belhassen , M, chaverneff ,O .(2006).L'enfant autiste :un guide pour les parents , Edition John Libbey Eurotext , France .
3. Bernadette Rogé 2003 Ed dunod ; Autisme comprendre et agir, Paris.
4. Brin, F.&Al.(2011).Dictionnaire d'orthophonie. Paris, 2EdOrtoEdition.
5. CIM 10. (1994). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris : Masson.
6. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10.2015.France.
7. Colletta JM.(2004).Le développement de la parole chez l'enfant âgé de 6 à 11 ans , Edition mardega.
8. Coucal, D, Régus, Brunode .(2014). Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme, Edition AFD Grosse, France.
9. Donville, B. (2022). Nouveaux chemins pour mieux comprendre son enfant autiste. Odile Jacob.
10. Drevevet, S, &amp, Journiac,C .(2002).Soins infirmiers Démarche relationnelles et éducatives de recherche volume2 , Edition Enrick paris .
11. DSM-IV TR. (1996). Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux. Paris : édition Masson.
12. Fallourd, N & amp; Delphine, Madieu, E. (2017).Aider son enfant autiste ,50 fiche pour le soutenir ,Edition de Boeck supérieur .
13. Frédérique Brin et al(2011), dictionnaire d'orthophonie, édition Ortho, France.
14. Grosbois, N, MILUShEVA, R. & MANOLOVA, h. (2006). Profils multidimensionnels de jeunes enfants trisomiques bulgares. Psychologie Française, 51, 391-411. NADER-gROSBOIS, N. (2007).
15. La place, L. Neveau,V.(2012).L'autisme de l'enfant à l'âge adulte , Edition de Boeck supérieur , France
16. Le noir ,P , Bodier , C , Rethore , meavy,J .(2011). L'autisme du développement psychologique. 2 éme Edition Elsavier Masson Belgique .
17. Le noir, p, Joëlle, al .2007. L'autisme du développement psychologique ,1 er Edition Elsevier Masson Belgique.

18. Leaf , R, Eachin ,J ,Tawbman,M .(2010).L'approche comportementale de l'autisme : bonnes et mauvaises pratiques ,ce qu'il fallait en dire .traduit par Sandrine Biesse ,Edition Pearson éducation , France .
19. Lebbey Eurotext,j. (2008).L'enfant autiste .Edition de Boeck canada.
20. Mareau, CH ,Adelin,Daeyfus,V.(2004).L'indispensable de la principale , Edition study Ana ,France.
21. Noel , S,& al ,& Emil, J, & ,Heydem, V. (2016). Bien faits et troubles du sommeil :comprendre pour mieux prendre échange ,De Boeck Supérieur 2016.
22. Ould-Taleb, M. (2015). manuel de la pédopsychiatrie. 2ème édition.
23. Pascal Lenoir et al (2007), « l'autisme et les troubles du développement Psychologique »,2éme édition, Masson, France.
24. Piolat, A., &Vauclair, J. (2020). Réussir ses études de psychologie. 3 e éd. Paris: De Boek Supérieur Sa.
25. Salès-Wuillemin, E. (2006). La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale, Paris : Dunod (Collection Psycho Sup).
26. Stiegler, L. N. (2015). Examining the Echolalia Literature: Where Do Speech-Language Pathologists Stand? American Journal of Speech-Language Pathology.
27. Tardif, C, Gepner, B .(2003).L'autisme , Edition Nathan , France.
28. Van Santen, J. P. H., Sproat, R. W., & Hill, A. P. (2013). Quantifying Repetitive Speech in Autism Spectrum Disorders and Language Impairment. Autism Research, 6(5), 372-383.
29. Vinçot,J .(2020).Association Asperansa, Edition Billet de Bloc 01.

2. Sites internet :

1. (L. Beaud / Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 58 (2010) 168–176 https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.10.007)
2. (Echolalie : définition, symptômes et traitements https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=echolalie
3. (https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/connaitre-therapies/intervention communication?ref=ulysse-autisme.com)
4. (https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/travailler-enfants-autistes/aba)
5. (https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353273539-communication-alternative-et-amelioree.)
6. (https://www.expertisefrance.fr/fiche-projet)

7. http://www.autisme infoservice.fr
8. http://www.blogs.riseup.ai/communication verbale et non verbale.fr.Consulté : 26.01.2024.
9. http://www.comprendre l'autisme.com.
10. http://www.cra.bzn.qu'est ce que-l-autisme. Centre ressource autisme Bretagne)
11. https://autisme.sante.gov.dz/fr/autisme-en-algerie/etat-des-lieux-sur-lautisme-en-algerie/)
12. https://autismeautoquebec.com/
13. https://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/tla)
14. https://maed.journals.ekb.eg/article_275669_68b32c433709d2415716a38bfa73b212.pdf
15. https://scholarworks.uaeu.ac.ae/cgi/viewcontent.cgi?article=1484&context=all_theses
16. https://upbility.fr/blogs/news/echolalie-et-autisme-repetitions-significatives
17. https://www.autisme-neuchatel.ch/New/wp-content/uploads/2017/02/La-CAA-livret-dinformation-%C3%A0-destination-des-familles-de-personnes-TSA.pdf
18. www.psychomédia.qc.ca/

3. Thèse et mémoire :

1. Drossman ,F.(2010).Autisme :évolution et facteurs prédictifs .Etude rétrospective d'une cohorte de 35 patients. université de paris, France.
2. LISE Mézière. Publier le 22 juin 2023, Analyse des comportements communicationnels liés aux phénomènes écholaliques : dyade orthophoniste-enfant présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme, Mémoire, Université de Rouen Normandie.

4. Dictionnaire :

1. Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'orthophonie.Ortho-édition.

5. Citation :

1. Prizant, B. M., & Duchan, J. F. (1981). The functions of immediate echolalia in autistic children. Journal of Speech & Hearing Disorders, 46(3), 241-249. https://doi.org/10.1044/jshd.4603.241

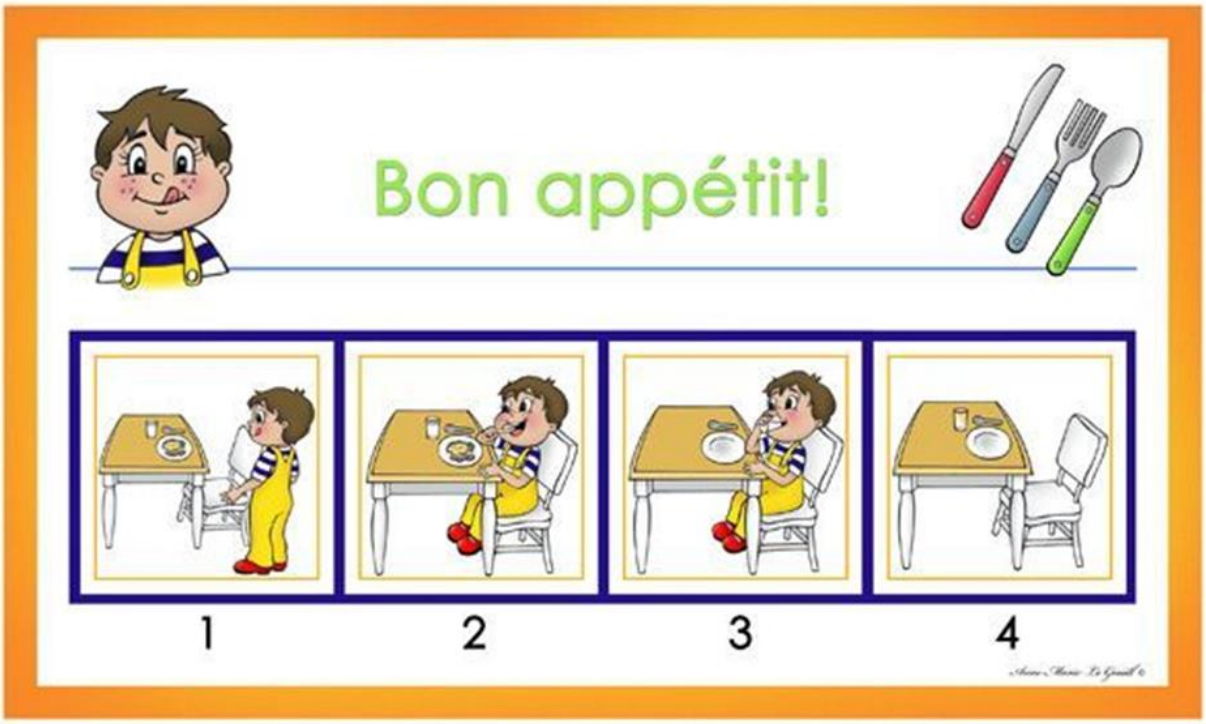
6. Revue:

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

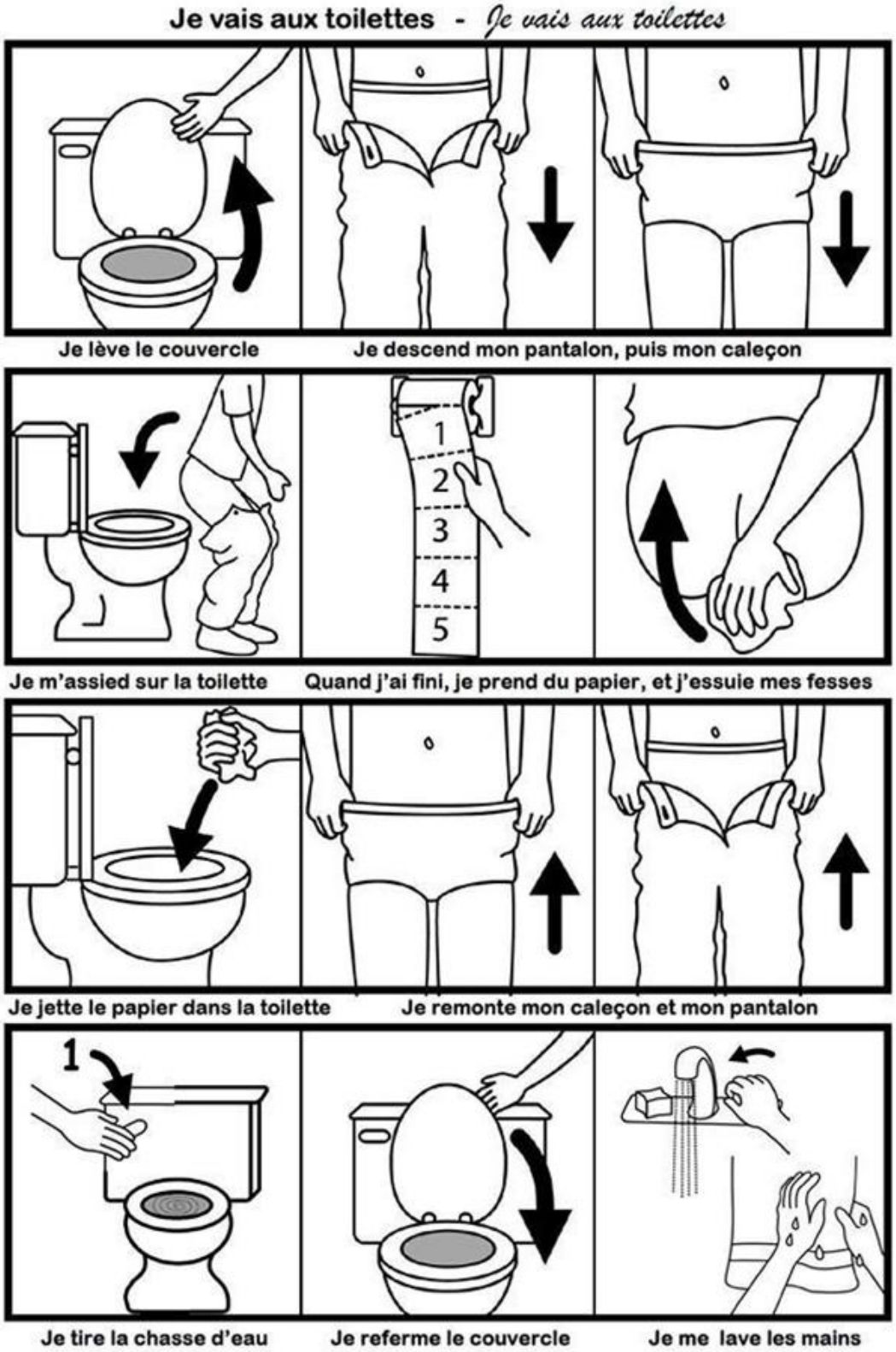
Annexes

1- Les TLA

Annexe 01 : TLA de repas



Annexe 02 : TLA de toilette



Annexe 03 : TLA d'habiller

2. Les exercices de rééducation orthophonique.

Annexe 04 : Activité d'écoute

Annexe 05 : Activité de pause

Annexe 06 : Activité de choix

Annexe 07 : Activité de changement de voix

Annexe 08 : Activité de jeux de rôle

Annexe 09 : Activité de l'image expressive

Annexe 10 : Activité de la compréhension

Résumé

Cette étude à pour objectif de diminuer le taux d'écholalie chez les enfants autistes en utilisant des exercices de rééducation orthophonique. La méthodologie descriptive a été employée pour décrire l'utilisation des Tableaux de Langage Assisté (TLA) dans le cadre de la Communication Alternative et Augmentative (CAA) chez trois enfants présentant de l'écholalie, ainsi que pour détailler les exercices de rééducation orthophonique effectués.

Les résultats de l'étude indiquent une diminution significative du taux d'écholalie chez les trois enfants participants grâce à l'utilisation combinée des TLA et des exercices de rééducation. Cette amélioration a été soutenue par la participation active et engagée des patients tout au long du processus.

En conclu que les hypothèses de l'étude ont été confirmées, démontrant l'efficacité de cette approche pour réduire l'écholalie chez les enfants autistes. L'utilisation des TLA et des exercices de rééducation orthophonique s'est avérée être une intervention efficace et bénéfique pour les participants.

Summary:

This study aims to reduce the rate of echolalia in autistic children by using speech-language rehabilitation exercises. The descriptive methodology was used to describe the use of Assisted Language Tables (TLA) in the context of Alternative and Augmentative Communication (CAA) in three children with echolalia, as well as to detail the speech rehabilitation exercises performed.

The results of the study indicate a significant decrease in the rate of echolalia in the three participating children thanks to the combined use of TLA and rehabilitation exercises. This improvement was supported by the active and committed participation of patients throughout the process.

In conclusion that the hypotheses of the study have been confirmed, demonstrating the effectiveness of this approach in reducing echolaly in autistic children. The use of TLA and speech rehabilitation exercises proved to be an effective and beneficial intervention for the participants.