



HAL
open science

Le jeu en ergothérapie : quel rôle dans les interactions sociales des enfants autistes ?

Mélanie Lagarde

► **To cite this version:**

Mélanie Lagarde. Le jeu en ergothérapie : quel rôle dans les interactions sociales des enfants autistes ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01834254

HAL Id: dumas-01834254

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01834254v1>

Submitted on 10 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

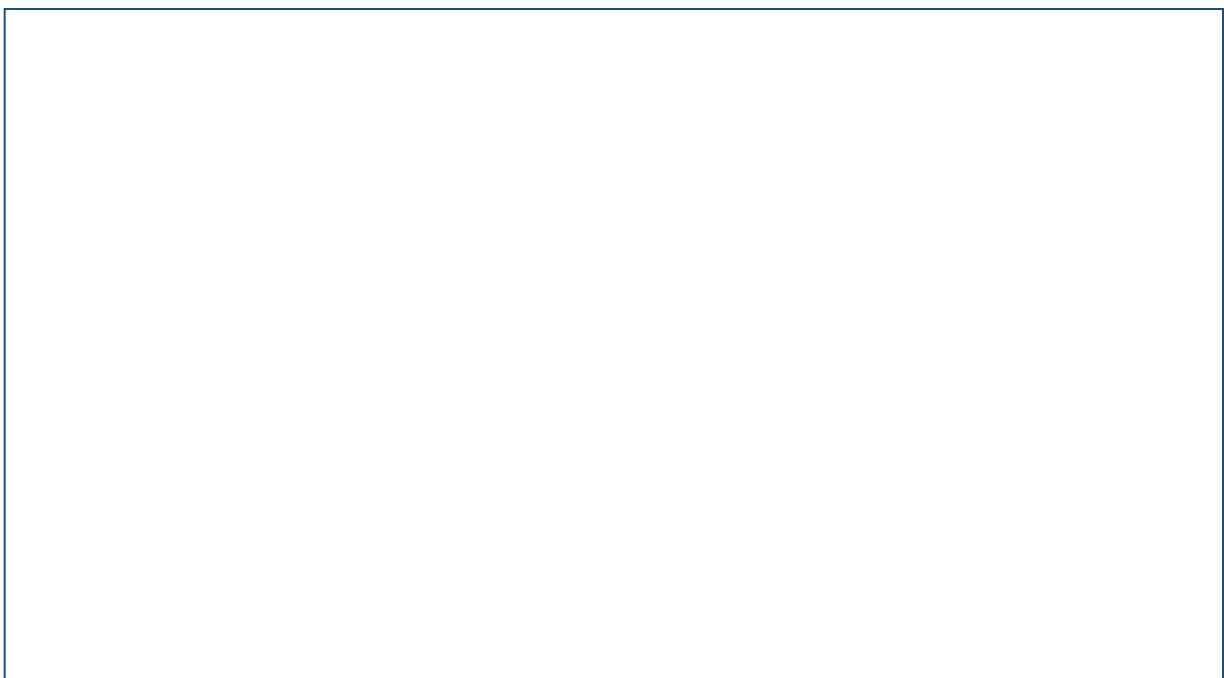
30 mai 2017

UE 6.5 - Mémoire

Mélanie LAGARDE

d'initiation à la recherche

Le jeu en ergothérapie : quel rôle
dans les interactions sociales des
enfants autistes ?



Remerciements

« Sous la direction de Mylène Grisoni, ergothérapeute »

Je tiens tout d'abord à remercier Mylène Grisoni, ma maîtresse de mémoire, pour son remarquable accompagnement, ses précieux conseils et sa grande disponibilité tout au long de ce travail.

Je tiens également à remercier les trois ergothérapeutes, la psychomotricienne et Mme C, qui ont pris le temps de me faire part de leur expérience.

Je remercie les différents intervenants et formateurs de l'IUFE d'Auvergne pour avoir contribué à construire mes connaissances et ma pratique d'ergothérapeute. Notamment Delphine Dechambre, pour son intervention très enrichissante au sujet de l'autisme.

J'adresse mes remerciements à mes camarades et amis de la promotion 2014-2017 de l'IUFE d'Auvergne, avec qui j'ai pu partager ces trois années de formation.

Enfin, je remercie tout particulièrement ma famille d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue tout au long de cette formation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PROBLEMATIQUE PRATIQUE	3
1. L'autisme.....	3
2. Les méthodes d'intervention.....	9
3. L'ergothérapie.....	16
PROBLEMATIQUE THEORIQUE	23
1. Le modèle Ludique.....	23
2. Les théories de l'apprentissage	26
3. Les interactions sociales	30
METHODOLOGIE	33
1. Choix de la méthode	33
2. Choix de la population	33
3. Choix de l'outil	34
RESULTATS.....	36
1. Analyse longitudinale	36
2. Analyse transversale.....	41
DISCUSSION	47
1. Confrontation des résultats avec la problématique théorique	47
2. Éléments de réponse à la question de recherche.....	52
3. Limites de l'étude.....	54
4. Apports et perspectives de l'étude	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le thème de mon mémoire concerne le champ d'intervention de l'ergothérapeute auprès des enfants diagnostiqués autistes ou ayant des troubles du développement.

Mon idée première était d'approfondir le rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants dès la naissance, c'est-à-dire dans le cadre d'une intervention précoce. Au fil de mes recherches, j'ai remarqué qu'un trouble se distinguait lorsqu'il était question de diagnostic et d'intervention précoce : l'autisme (ou trouble du spectre autistique). Selon la Haute Autorité de Santé, 1 nouveau-né sur 500 serait aujourd'hui concerné par l'autisme. Désormais, grâce aux avancées de la médecine, le diagnostic d'un enfant autiste peut se faire dès l'âge de dix-huit mois. Peut alors débiter une intervention précoce de soins et d'accompagnement afin de permettre à l'enfant de s'intégrer et s'autonomiser dès que possible grâce aux apprentissages, et ainsi lui permettre d'acquérir une meilleure qualité de vie par la suite.

Sensibilisée, notamment par les témoignages de Josef Schovanec, personne autiste Asperger, j'ai souhaité approfondir la question du **rôle de l'ergothérapeute dans l'intervention auprès d'enfants présentant des troubles du spectre autistique.**

Dans cette étude, je développerai premièrement la problématique pratique, comprenant un état des lieux des connaissances et des pratiques actuelles au sujet de l'autisme, des différentes approches et de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute auprès de cette population. Grâce à ce recueil d'informations, je préciserai ma question de recherche. Je développerai ensuite les théories et concepts sur lesquels s'appuie mon étude, afin de construire un cadre scientifique et élaborer une méthode de recherche. Enfin, je présenterai et analyserai les résultats obtenus afin d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche.

PROBLEMATIQUE PRATIQUE

1. L'autisme

1.1 Définition et classification

Le terme *autisme* a été créé par Bleuler en 1911, il désignait pour lui un signe de la schizophrénie. Kanner (1943) a ensuite popularisé la « *maladie autistique* » en décrivant sa forme extrême et précoce et en l'isolant de la psychose. Aujourd'hui, l'autisme n'est plus considéré comme une maladie mais comme un trouble neurodéveloppemental.

L'autisme fait partie des Troubles Envahissants du Développement (TED) dont les définitions ont beaucoup évolué dernièrement. La classification de référence est la Classification Internationale des Maladies (**CIM 10**, 2010).

Actuellement, les TED sont définis comme un groupe de troubles caractérisés par des altérations dans trois domaines :

- Les interactions sociales réciproques
- Les modalités de communication et de langage
- Un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif

« *Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations* ». (Haute Autorité de Santé (HAS), 2010).

Il existe d'autres symptômes fréquemment associés à l'autisme tels que :

- Des compétences cognitives particulières (de « *très bonnes capacités visuo-spatiales, une mémoire très développée dans certains domaines* », etc.)
- Des particularités sensorielles pouvant toucher toutes les modalités sensorielles comme l'ouïe, la vision, l'odorat, le toucher et le système vestibulaire (« *une hypo ou hypersensibilité, ou la recherche de stimulations sensorielles souvent inhabituelles* », etc.)
- Des troubles de la motricité et de la posture (« *difficultés de coordination (...), raideur et utilisation de la posture pour réguler les émotions, atteinte de la motricité fine* », etc.) (Centre de Ressources Autisme Ile-de-France (CRAIF), n.d.)
- Des troubles du sommeil

De plus, quelques troubles sont également associés à l'autisme et doivent être recherchés systématiquement, tels que :

- Le retard mental (présent dans 70% des cas)
- Les déficits sensoriels, auditifs ou visuels
- L'épilepsie (présente chez environ un tiers des personnes autistes)
- Des syndromes génétiques (CRAIF, n.d.)

Selon la CIM 10 (2010), les TED regroupent huit catégories de situations cliniques différentes, qui sont les suivantes (critères diagnostiques en annexe I) :

- L'autisme infantile

Il se caractérise par la présence, avant l'âge de trois ans, d'altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et de la communication, ainsi que d'un caractère restreint, répétitif et stéréotypé de comportements, intérêts, et activités. Il s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques (phobies, perturbations du sommeil et de l'alimentation, crises de colère et gestes auto agressifs).

- L'autisme atypique

Il diffère de l'autisme infantile en fonction de l'âge d'apparition (trois ans ou plus tard) et/ou de la symptomatologie (absence d'un des trois groupes de critères diagnostiques de l'autisme infantile). Il survient souvent chez des enfants présentant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage (de type réceptif).

- Le syndrome de Rett

Retrouvé jusqu'ici uniquement chez les filles, il est caractérisé par un développement normal jusqu'à l'âge de cinq mois puis par l'apparition d'une altération grave du langage, de la marche et de l'usage des mains ainsi qu'une décélération de la croissance crânienne. Il s'accompagne d'une perturbation de la communication et des interactions sociales, d'un retard psychomoteur sévère, ainsi que de mouvements stéréotypés des mains.

- Le trouble désintégratif de l'enfance

Dans ce trouble, le développement est normal jusqu'à l'âge de deux ans. Apparaît ensuite une perte significative des performances acquises antérieurement, accompagnée d'un fonctionnement altéré des compétences sociales (interaction et communication), d'un

caractère restreint, répétitif et stéréotypé de comportements, intérêts, et activités, d'un maniérisme et d'une perte d'intérêt pour l'environnement et les objets.

- L'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

Encore mal défini, ce trouble concerne les enfants présentant un retard mental prononcé, une hyperactivité importante (devenant une hypoactivité à l'adolescence), ainsi qu'une perturbation majeure de l'attention et des comportements stéréotypés. Ce trouble s'accompagne souvent de divers retards développementaux.

- Le syndrome d'Asperger

Il diffère de l'autisme du fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif. Les personnes Asperger sont habituellement malhabiles. Les difficultés persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. On remarque parfois la présence d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.

Le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) utilise le terme de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et le classe dans les troubles neurodéveloppementaux. Les TSA regroupent l'autisme, le syndrome Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié, tous considérés comme une seule et même condition avec différents niveaux de sévérité. De plus, le syndrome de Rett ne fait plus partie du système de classification. Cependant, le DSM V, publié il y a deux ans en France (Juin 2015), a créé un litige avec le **DSM IV**, qui reste pour l'instant celui sur lequel on se base aujourd'hui en France.

L'autisme infantile est la catégorie des TED que l'on retrouve le plus fréquemment dans la population, c'est pour cette raison que j'ai choisi de m'y intéresser plus précisément dans cette étude.

1.2 Diagnostic précoce

Selon les recommandations de l'HAS (2005), le diagnostic de l'autisme est clinique et peut être établi à partir de l'âge de deux ans. Des professionnels spécialisés dans l'autisme ont montré qu'il pourrait même être posé dès dix-huit mois dans certaines situations (Bursztejn, Baghdadli, Lazartigues, Philippe, Sibertin-Blanc, 2007). Ce diagnostic précoce est indispensable pour accompagner au mieux l'enfant autiste. Cependant, aujourd'hui en France, le diagnostic de l'autisme est très tardif. Une avocate spécialisée dans le droit de

la santé, Sophie Janois, a d'ailleurs lancé une procédure symbolique contre l'État concernant son manque d'accompagnement adapté.

Le diagnostic repose sur plusieurs signes cliniques observés dans diverses situations par différents professionnels, mais émane d'abord des inquiétudes des familles. Il s'accompagne d'une évaluation des troubles et des capacités ainsi que d'une recherche de maladies associées, et se fait en collaboration avec la famille.

Le développement de la communication sociale doit être systématiquement surveillé durant les trois premières années de vie de l'enfant. Puis, à l'âge scolaire, il est recommandé d'être vigilant concernant l'apparition de difficultés d'interaction sociale et de particularités d'apprentissage.

Le praticien doit rechercher différents signes d'alerte. Premièrement, dans les inquiétudes des parents vis-à-vis du développement de leur enfant, puis avec l'enfant si, avant l'âge de trois ans, il manifeste une passivité, des difficultés d'accrochage visuel, d'attention conjointe ou d'imitation, une absence de pointage et de jeu, des intérêts inhabituels et des activités stéréotypées. Quel que soit l'âge, une régression des capacités de langage ou d'interaction sociale doit interpeler.

Le médecin traitant est le premier professionnel sollicité par la famille. S'il suspecte un autisme mais ne peut pas assurer le diagnostic, il doit accompagner l'enfant et la famille vers une équipe spécialisée.

Le diagnostic formel se fait ainsi auprès d'une équipe pluridisciplinaire formée et expérimentée dans le développement de l'enfant et ayant d'importantes connaissances en soins adaptés pouvant être proposés à l'enfant. Des consultations, génétique et neurologique, doivent être faites en lien avec cette équipe, qui peut être localisée en : « CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), CMPP (Centre Médico-Pscho-Pédagogique), cabinet de praticiens libéraux coordonnés entre eux, service de psychiatrie infanto juvénile, service de pédiatrie, unités d'évaluation ou Centre de Ressources Autisme. » (HAS, 2005)

Au nombre de vingt-six en France, les Centres de Ressources Autisme (CRA) jouent un rôle très important dans le diagnostic de l'autisme. Ils sont formés d'une « équipe pluridisciplinaire, spécialisée et expérimentée sur le syndrome autistique, mettant en

œuvre des actions de diagnostic précoce, de recherche, d'aide, de soutien, d'information, de formation, de conseil et d'expertise auprès des familles et des professionnels médico-sociaux et de santé ». (Association Nationale des Centres Ressources Autisme, n.d.)

Il existe plusieurs outils de diagnostic de l'autisme tels que l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Reviewed), la CARS (Childhood Autism Rating Scale), l'ADOS (Autism Diagnosis Observation Schedule), le PEP-R (Psycho-Educational Profile) et l'échelle de Vineland. Le plan autisme 2013-2017 recommande en particulier l'ADI-R et l'ADOS. D'après l'ASPERANSA¹, l'ADI-R est un entretien semi-structuré réalisée par un clinicien avec les parents de l'enfant. Basé sur les critères du DSM IV, il vise à recueillir des informations concernant les interactions sociales réciproques, la communication et le langage ainsi que les comportements stéréotypés et répétitifs. L'ADOS est une échelle d'observation à visée diagnostique. Elle s'intéresse aux domaines des compétences sociales, de la communication, du jeu symbolique, de l'expression des émotions et des praxies.

1.3 Etiologie

Aujourd'hui, malgré de nombreuses hypothèses, les causes de l'autisme restent en majorité inconnues. Durant de nombreuses années, les théories psychanalytiques étaient dominantes et centrées sur la relation mère-enfant. Les mères étaient considérées comme étant à l'origine des troubles autistiques de leur enfant. Accusations qui ont été largement démenties à partir des années 1990. Aujourd'hui, les hypothèses évoquent des anomalies du développement du système nerveux central et l'implication de facteurs génétiques. (Jamain, Betancur, Giros, Leboyer et Bourgeron, 2003)

Cependant, les mutations géniques découvertes ne concernent que quelques cas d'autisme et les gènes identifiés sont également impliqués dans le retard mental. Dans la revue *Enfances & Psy*, Chamak (2010), docteur en neurosciences et chercheur à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), propose l'hypothèse « *d'anomalies au cours du développement du système nerveux, qui seraient à l'origine de la constitution de réseaux neuronaux atypiques et de modes de perception différents* ».

¹ Association pour la Sensibilisation à la Protection, l'Éducation et la Recherche sur l'Autisme, et Notamment le Syndrome d'Asperger.

Enfin, les risques liés à la périnatalité sont évidents. En effet, dans un autre article, Chamack (2010) montre que « *toutes les atteintes du système nerveux d'origine infectieuse, toxique ou traumatique qui affectent l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou les premières années de la vie sont susceptibles d'entraîner le développement d'un tableau autistique.* »

1.4 Épidémiologie et législation

L'HAS (2009) indique que la prévalence pour l'ensemble des TED est de 6 à 7/1000 personnes de moins de vingt ans. Au sujet de l'autisme infantile plus précisément, plus fréquent chez les garçons, la prévalence est de 2/1 000 personnes de moins de vingt ans, alors qu'elle était de 0,4/1 000 personnes dans les années 1960-1970. Cette augmentation est en partie due à la modification des critères diagnostiques, l'amélioration du repérage des troubles par les professionnels, et le développement de services spécialisés.

Ainsi, 1 nouveau-né sur 500 serait aujourd'hui concerné par l'autisme.

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ainsi que les trois plan-autisme successifs ont apporté des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes autistes et de leur famille.

Cependant, l'autisme est encore mal et trop tardivement diagnostiqué et les interventions restent qualitativement et quantitativement peu adaptées. En 2010, seules 75 000 personnes avec autisme ou autres TED étaient diagnostiquées et prises en soin et moins de 20% d'entre elles bénéficiaient d'un accompagnement au sein d'une structure spécialisée.

Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS et de l'Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des Établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) ne sont que très lentement diffusées et peu d'enfants autistes bénéficient des interventions recommandées. De plus, les enfants avec autisme ou autres TED représentent une grande partie des enfants non scolarisés en France, ce qui engendre des répercussions sociales sérieuses pour les enfants et les parents. (Gouvernement, 2013)

C'est pour ces différentes raisons qu'il me semble important de soulever la problématique de l'intervention précoce auprès de ces enfants.

2. Les méthodes d'intervention

Comme développé précédemment, l'HAS et l'ANESM (2012) évoquent des principes clés dans l'intervention auprès d'enfants avec autisme :

- « *Le diagnostic doit être posé avant trois ans et peut l'être à partir de deux ans* »
- S'il existe une suspicion, « *l'intervention éducative* » doit démarrer immédiatement
- La famille tient une place centrale dans l'intervention

De plus, Rogé B. (2011) montre que la prise en soin doit être pluridisciplinaire. Ainsi, de nombreux professionnels peuvent, avec leurs propres outils mais de manière coordonnée, accompagner l'enfant autiste (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, etc.).

Le problème est qu'en moyenne, en France, le diagnostic ne se fait qu'à partir de 6 ans.

Or, selon Adrien J.-L. et Gattegno M.-P (2011), un diagnostic précoce permettrait à l'enfant d'avoir accès à une prise en soin adaptée et donc à une meilleure qualité de vie à long terme. En effet, nous savons aujourd'hui que plus la prise en soin est précoce auprès de ces enfants, meilleur pourra être leur développement par la suite (Corsello, 2005). En outre, l'intervention précoce dans l'autisme fait partie des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (2012).

Les difficultés sociales d'un enfant autiste tendent à limiter sa stimulation et diminuent ainsi les opportunités d'apprentissage par imitation. De plus, le manque d'intérêt de l'enfant vis-à-vis de l'environnement et d'autrui limite le flux d'information dont il pourrait se servir pour analyser la situation. Ainsi, l'intervention précoce, qui repose sur la notion de plasticité cérébrale, permettrait de corriger les troubles initiaux et de former une base solide pour les apprentissages futurs.

Au-delà du bénéfice pour l'enfant et la famille, l'intervention précoce permettrait de diminuer les répercussions sur le quotidien et pourrait ainsi alléger les coûts d'une prise en soin ultérieure.

Ce sont plus précisément les interventions globales qui sont recommandées par l'HAS (2012), telles que la méthode ABA (« *Applied Behavior Analysis* » ou Analyse Appliquée du Comportement), le programme développemental dit de Denver (ou « *Early Start Denver Model* ») et le programme de traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication, dit TEACCH. Il est à préciser que ces trois méthodes nécessitent une formation.

Ce sont ces interventions, basées sur la théorie psychologique de l'apprentissage, qui ont été parmi les premières à être largement adoptées pour l'autisme. (Green J., 2012)

Pour rappel, selon le Manuel de l'IACAPAP² (2012), le premier domaine à être le plus impacté chez les enfants autistes est celui de l'interaction sociale. L'enfant autiste présente un « *manque de réciprocité sociale et émotionnelle* ». Il ne réussit pas à exprimer spontanément ses émotions à autrui, a des comportements non verbaux inappropriés à la relation et n'arrive pas à construire une relation adaptée avec un autre enfant. Il existe également une absence ou un retard de langage parlé, qui est un des premiers signes qui alerte les parents. Le troisième domaine de symptômes (répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif) se remarque par un intérêt fort voire exclusif d'un ou plusieurs sujets et une intolérance forte face aux changements qui engendre une « *adhérence à des routines ou rituels et des maniérismes stéréotypés et répétitifs* ».

Parmi différentes méthodes qui existent, notamment psychanalytiques ou comportementales, j'ai choisi d'axer mon travail de recherche sur des méthodes comportementales et globales qui sont plus proches de la pratique en ergothérapie. J'ai choisi de développer ici les trois approches recommandées par l'HAS : la méthode ABA, le programme TEACCH et le Modèle d'intervention précoce de Denver. Ces approches sont d'ailleurs enseignées dans certains Instituts de Formation en Ergothérapie de France. Il en existe cependant d'autres telles que, par exemple, l'outil de communication PECS (« *Picture Exchange Communication System* ») ou le PRT (« *Pivotal Response Treatment* » ou Entraînement des réponses pivots).

² Association internationale de la psychiatrie et des professions liées à la santé mentale chez les enfants et les adolescents

2.1 La méthode ABA

Selon l'association *Autisme Apprendre Autrement*, la méthode ABA (« *Applied Behavior Analysis* » ou Analyse Appliquée du Comportement) comporte un programme de techniques de modification du comportement et de développement de compétences. Cette approche, créée en 1960 aux Etats-Unis par Ivar Lovaas et inspirée du behaviorisme, utilise le principe de conditionnement opérant et les essais distincts répétés avec des renforçateurs. À long terme, le but de cette méthode est de viser l'autonomie, l'intégration sociale, scolaire et professionnelle de la personne autiste.

Elle comprend deux types d'enseignements :

- L'enseignement « *structuré* ». Il complète l'apprentissage scolaire classique et consiste à répéter des séances jusqu'à une réponse correcte autonome. Lors de ces séances, l'intervenant demande à l'enfant d'effectuer une action (1^{ère} étape), puis face au comportement ou à la réponse de l'enfant (2^{ème} étape), l'intervenant réagit (3^{ème} étape).
- L'enseignement « *incidental* ». Il peut être appliqué partout et à tout moment. L'intervenant doit guider l'enfant dans ce qu'il est en train de faire : lors de jeux, lors des actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, etc.), ou lors des moments relatifs à l'interaction sociale (repas de groupe, etc.).

Le feed-back positif et la correction neutre sont privilégiés dans ces deux enseignements.

Cette méthode favorise « *le développement de l'enfant pas à pas, dans un environnement qui conduit au succès. En effet, cette stratégie donne aux parents le sentiment de succès rapidement, alors qu'ils ont été quasiment tout le temps confrontés à l'échec. Les progrès se font par petites étapes et redonnent aux parents le courage d'éduquer leur enfant* » (Magerotte, 2002). Ce qui est très important, d'autant plus que la famille tient une place fondamentale dans le projet d'intervention et que l'alliance thérapeutique avec les parents est primordiale pour assurer la continuité des progrès de l'enfant à la maison.

2.2 Le programme TEACCH

TEACCH (« *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children* » ou traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la

communication) est un programme qui a été élaboré en 1966 par Éric Schopler, en Caroline du Nord.

D'après l'association *Pro Aid Autisme* (Paris), TEACCH est basé sur le concept de la « *Culture de l'Autisme* », c'est-à-dire les schémas de pensée et de comportement caractéristiques des personnes autistes.

Cette « *Culture de l'autisme* » comprend la « *Puissance du canal visuel, une attention souvent focalisée sur les détails et une difficulté à saisir la signification globale des détails mis bout à bout, des difficultés à associer et organiser les idées, le matériel et les activités, des difficultés d'attention, des difficultés de communication, une altération du maniement social du langage, des difficultés à saisir/manier les concepts de temps, une tendance à s'attacher aux routines, un intérêt très prononcé pour les activités favorites et un besoin très fort de s'y adonner, des préférences et aversions sensorielles marquées* ».

A long terme, les objectifs de cette approche sont de permettre à l'enfant ou l'adulte de s'épanouir dans ses besoins humains fondamentaux (sentiments de dignité, sécurité, efficacité et confiance en soi, et activités signifiantes et utiles).

Pour cela, TEACCH a mis en place l'enseignement structuré dans lequel il faut comprendre la « *culture de l'autisme* », créer et développer un « *projet individualisé centrée sur la personne et la famille* », structurer l'environnement et utiliser des supports visuels pour la compréhension et l'organisation de la journée.

Selon l'association *Agir pour l'Autisme* (Drôme), le programme TEACCH met en place principalement trois techniques :

- Les zones visuelles d'activités

Afin de faciliter la compréhension de l'environnement, des zones délimitées grâce à des repères visuels sont attribuées à des activités spécifiques (par exemple : zone de jeu, zone de déjeuner, zone de travail individuel et autonome, zone d'apprentissage des gestes de la vie quotidienne, etc.).

- Les plannings

Des supports visuels clairs, fractionnés et ordonnés sont mis en place afin de se repérer dans le temps et dans l'espace, de rendre son action prévisible, et ainsi de pouvoir

visualiser le déroulement des activités (nature de l'activité, quantité de travail demandée, repère clair indiquant lorsque la tâche est réalisée, indication de ce qu'il se passe immédiatement après la tâche, etc.).

- La mise en place de routines

Créer des routines permet à l'enfant autiste d'acquérir une habitude d'agir ou des comportements systématiques, de manière appropriée, dans des conditions destinées à se répéter.

2.3 Le modèle d'intervention précoce de Denver

Également connu sous le nom d'Early Start Denver Model (ESDM), ce modèle a été développé par les psychologues Rogers S. J. et Dawson G. en 1989. Il a ensuite été validé empiriquement et popularisé en 2010. Encore peu développé en France, l'ESDM a pourtant montré de bons résultats aux États-Unis.

Ce modèle, comprenant vingt à vingt-cinq heures d'intervention hebdomadaires, est conçu pour les enfants de douze à quarante-huit mois à risque autistique ou avec un autisme avéré.

L'ESDM allie une approche développementale basée sur le jeu et la gestion de la relation duelle, et une approche comportementale qui s'appuie sur des principes existants comme l'ABA, décrite précédemment, ou le PRT (« Pivotal Response Treatment » ou Entraînement des réponses pivot), destiné à l'entourage des enfants autistes et qui permet d'« *augmenter la motivation de l'enfant autiste à répondre aux stimuli sociaux et environnementaux* » (Rogé B., 2014 ; Bourgueil, 2004).

Même si les objectifs sont posés individuellement et sont personnalisés pour chaque enfant, selon Rogers S. J. (2012), les objectifs généraux de l'ESDM sont :

- Mettre en place des routines sociales sensorielles
- Augmenter la motivation et l'attention de l'enfant
- Promouvoir l'engagement dyadique dans une activité commune
- Améliorer la communication non verbale
- Promouvoir le développement du discours
- Construire des compétences d'imitation
- Faciliter l'attention conjointe

Tous ces objectifs ont pour but commun d'améliorer les interactions sociales de l'enfant autiste.

L'ESDM a été validé par une étude randomisée et contrôlée, réalisée par Rogers S. J. et al. en 2010, qui compare deux groupes d'enfants : un groupe bénéficiant d'une intervention classique et un autre suivant l'ESDM durant deux ans. Cette étude montre que l'ESDM permet d'apporter aux enfants de meilleurs résultats, notamment en termes de quotient intellectuel, d'adaptation du comportement et d'évolution positive du diagnostic de l'autisme.

En outre, l'ESDM figure parmi les principaux programmes recommandés par l'HAS pour la prise en soin des enfants autistes de moins de quatre ans. (HAS et ANESM, 2012)

Rogers S. J. et Dawson G. montrent en 2013 que ce modèle encourage l'enfant à se tourner vers les autres et interagir avec eux, une première forme d'initiative. Ainsi, il est important d'identifier les intérêts propres à l'enfant, qui pourront par la suite servir comme supports pour faciliter l'interaction et la communication sociale.

Le but de l'ESDM est de d'offrir à l'enfant autiste les clés pour devenir un individu actif dans son environnement et pouvoir « *initier des interactions avec autrui* ». Ce programme débute donc par un travail sur l'échange social, tout en développant au maximum les capacités d'initiative.

L'ESDM aide également les interlocuteurs à comprendre les signaux de l'enfant afin de faciliter les échanges et pérenniser la communication. Ainsi, l'enfant a chaque jour une multitude de possibilités d'améliorer sa communication sociale.

Il est important de préciser que la famille tient une place centrale dans l'ESDM, son implication est primordiale. Les parents sont également formés à cette méthode afin de pouvoir appliquer les mêmes principes que les thérapeutes et ainsi pérenniser les progrès de leur enfant à la maison. Fulton, Eapen, Crncec, Walter et Rogers S. J. montrent d'ailleurs dans une étude faite en 2014, l'importance de l'intégration des parents dans l'ESDM, qui favorise un plus grand impact sur les résultats des enfants.

- Évaluation de l'évolution de l'enfant

Pour définir un projet d'intervention personnalisé, l'ESDM donne une grille d'évaluation détaillée : la « *liste de contrôle des compétences* » (exemple du niveau 1 en annexe II).

Cette liste permet d'évaluer les compétences de l'enfant et construire des objectifs réalistes d'apprentissage à court terme (toutes les douze semaines) pour chaque enfant. Elle comprend 480 items répartis en 4 niveaux, correspondants aux périodes d'âge développemental (12–18 mois, 18–24 mois, 24–36 mois et 36–48 mois). Pour chaque niveau, 8 domaines de compétences sont évalués: « *la communication réceptive, la communication expressive, les habilités sociales, l'imitation, les compétences de jeu, les compétences cognitives, les compétences en motricité (fine et globale) et les compétences dans les comportements adaptatifs* ». C'est avec cette évaluation précise et individualisée et en prenant en compte les attentes des parents que les thérapeutes construisent des objectifs d'intervention à court terme. Ainsi, les thérapeutes travaillent en alternant compétences acquises et compétences en émergence, toujours en collaboration avec les parents. Les objectifs sont formulés sur un format A-B-C (Antécédent – Comportement³ - Conséquence), (A) étant « *l'événement antécédent qui précède et entraîne le comportement*, (B) *le comportement de l'enfant (observable et mesurable) qui correspond à la compétence enseignée*, et (C) *les critères qui définissent la maîtrise de l'objectif (compétence acquise de manière fonctionnelle et généralisée)*» (Rogers et Dawson, 2013 ; Rogers, Dawson, Munson et al., 2010). Ainsi, les progrès de l'enfant seront mesurés et quantifiés jusqu'à l'acquisition d'une compétence. Lorsque les objectifs sont définis, les thérapeutes déterminent comment les travailler à l'aide de « *jeux sociaux dyadiques* » au cours des séances.

- Déroulement des séances

Avant la séance, le thérapeute prépare la salle et les jouets en fonction des objectifs et des centres d'intérêt de l'enfant. Lors de la séance, le thérapeute cherche à partager des activités avec l'enfant, afin de lui offrir des opportunités d'apprentissage en lien avec les objectifs. Les activités doivent être « *ludiques et motivantes, engageant l'enfant dans des échanges sociaux* ». Il faut également suivre certains principes importants : se baser sur les préférences et intérêts de l'enfant, suivre les initiatives de l'enfant, rendre le jeu intéressant, co-construire le thème avec l'enfant, élargir et diversifier les compétences de l'enfant à partir de l'activité initiale (en restant dans la zone proximale de développement de l'enfant), utiliser un langage adapté et veiller à un affect positif durant toute la séance.

³ Behavior en anglais

Le thérapeute peut proposer des « *activités conjointes autour d'objets* » ainsi que des « *activités centrées sur la relation à un partenaire de jeu, appelées routines sensorielles et sociales* ». Le début et la fin d'une séance et les transitions qu'elle comporte sont clairement définies et travaillées (« *bonjour et au revoir, activité de clôture, rangements* », etc.)

- Évaluation des thérapeutes

L'ESDM comporte également une évaluation des thérapeutes. Cela permet de garantir le respect des principes de l'ESDM. Les thérapeutes sont évalués à partir d'enregistrements vidéo de séances, et les compétences (annexe III) sont cotées de 1 « *capacité insuffisante à utiliser les pratiques indiquées* » à 5 « *le meilleur exemple possible d'enseignement* ». Pour être « *fidèle* » aux principes de l'ESDM, un thérapeute doit atteindre un score de 80% sur l'ensemble des critères (lors d'une séance de 30 minutes avec 2–3 enfants). (Schröder, Florence, Dubrovskaya et al., 2015)

3. L'ergothérapie

Ergothérapie vient du grec ancien « *érgos* » qui signifie travail ou activité et « *therapeía* » qui signifie soin ou service. L'ergothérapie est donc le soin par l'activité. (Imbs et Quemada, 1994)

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2016), l'ergothérapeute est un « *professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». L'objectif de l'ergothérapeute est de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ». Pour cela, il met en œuvre des actes d'éducation, de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation et de réinsertion.

Le but de l'ergothérapeute est d'aider la personne à atteindre et maintenir son autonomie et son indépendance personnelles et lui permettre de réaliser les activités qui la valorisent et lui procurent un bien-être.

L'ergothérapeute se base sur la prise en soin globale de la personne. En effet, il tient compte de tous les facteurs personnels de la personne, comme ses habitudes de vie, son environnement et son projet de vie, et adapte les activités proposées en conséquence.

L'ergothérapeute peut intervenir auprès de toutes personnes en situation de handicap : du jeune enfant à la personne âgée, qu'il s'agisse de troubles fonctionnels, sensoriels, psychiques ou intellectuels. Il favorise un travail interdisciplinaire et une collaboration avec le patient et sa famille afin de favoriser une alliance thérapeutique.

D'après l'article R. 4331-1 de l'arrêté du 5 Juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'Ergothérapeute, voici certains actes professionnels que l'ergothérapeute est habilité à accomplir, en lien avec l'objectif de cette étude :

- *« Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles*
- *La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction*
- *Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :*
 - *La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel*
 - *La rééducation de la sensori-motricité*
 - *La rééducation des repères temporo-spatiaux*
 - *L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante*
 - *Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation*
 - *Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations*
 - *La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création*
 - *Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social*
 - *L'expression des conflits internes*

(...) Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement. » (Gouvernement, 2010)

3.1 L'ergothérapie et l'intervention précoce

Il existe aujourd'hui en France un retard dans le diagnostic de l'autisme. Or, l'intervention doit être précoce afin d'agir le plus efficacement sur la qualité de vie des enfants autistes.

Le but de l'intervention précoce en ergothérapie est d'éviter que l'enfant entre dans un schéma de développement qui pourrait ensuite nuire à l'acquisition de son autonomie, dans de nombreuses activités qui lui sont indispensables.

La question est la suivante : « *voulons nous laisser l'enfant à risque se construire seul en attendant que nos hypothèses se vérifient ou voulons-nous l'accompagner dans sa vie de tous les jours et lui proposer d'autres alternatives plus propices à son développement ?* » (Dufour, 2011).

Avec son approche fonctionnelle, l'ergothérapeute peut aider l'enfant à découvrir les capacités dont il aura besoin dans sa vie de tous les jours, ou lui apporter les aides nécessaires afin qu'il puisse interagir avec son environnement et se construire.

En 2008, Rogé, Barthélémy et Magerotte montrent qu'un diagnostic suivi d'une prise en soin précoces, qui visent une meilleure qualité de vie des personnes autistes, sont efficaces. De plus, Schiffmann (2001) montre que la plasticité cérébrale est très importante chez un enfant, par conséquent une modification significative de sa voie de développement est possible. Ce qui deviendra plus difficile en avançant dans l'âge.

Suite au diagnostic, l'intervention précoce est donc un domaine important que l'ergothérapeute doit investir.

3.2 L'ergothérapie et l'autisme

Comme dit précédemment, la famille doit être fondamentalement inscrite dans le projet de l'enfant, et l'intervention doit se faire en collaboration avec les parents.

Les ergothérapeutes, par leur approche holistique, tiennent compte de l'environnement des enfants autistes, et par conséquent accordent une grande place à la famille.

L'ergothérapeute aide l'enfant à atteindre une autonomie optimale en tenant compte des facteurs personnels. Après une évaluation des différentes capacités de l'enfant, l'ergothérapeute fixe des objectifs adaptés à la progression de l'enfant « *dans les domaines du jeu, des interactions sociales, de l'attention, des habiletés motrices, des soins personnels, etc.* » (Association Canadienne des Ergothérapeutes)

Comme développé dans le journal *Déclic*, l'ergothérapeute peut en effet effectuer un bilan ergothérapique spécifique auprès des enfants autistes, afin de mettre en place un programme de rééducation. Ce bilan évalue, entre autres, la motricité fine, la force musculaire, la coordination bimanuelle et oculo-manuelle, ainsi que les capacités praxiques et visuo-spatiales. Les questions à se poser sont les suivantes : est ce que l'enfant arrive à se représenter, planifier, et enchaîner les gestes nécessaires à une tâche,

le mouvement est-il arrêté au bon moment, l'enfant a-t-il tendance à persévérer, etc. Pour les enfants de plus de six ans, l'ergothérapeute peut également réaliser un bilan des outils scolaires (Alau A., 2012). Le PEP 3 (Profil Psycho-Éducatif) est également un bilan adapté aux enfants autistes que l'ergothérapeute peut utiliser.

Le programme de rééducation établi à la suite de ce bilan doit respecter le principe de structuration, dont les enfants autistes ont généralement besoin. Les séances doivent ainsi être structurées :

- En termes de durées (utilisation d'un Time Timer® pour la durée de la séance (illustration en annexe IV), d'un emploi du temps visuel avec des pictogrammes, etc.)
- En termes d'espaces (matérialisation d'un espace de travail, d'un espace de loisirs, d'un espace de détente, etc.)
- En termes d'activités (utilisation de boîtes avec un début et une fin matérialisés, des repères de couleurs, etc.)

Les différentes compétences travaillées sont : l'imitation, la perception, la motricité globale, la motricité fine, la coordination œil-main, les performances cognitives, la communication et l'autonomie.

L'ergothérapeute peut également préconiser des modifications dans les activités pour favoriser la participation sociale de l'enfant à la maison, à l'école ou à l'extérieur.

De plus, comme le dit Delphine Dechambre, ergothérapeute française, les ergothérapeutes peuvent appliquer des méthodes existantes, comme TEACCH, ABA, ou l'ESDM détaillés précédemment. (2016) En fonction du lieu de travail, il est avantageux de choisir une méthode commune à tous les intervenants pour créer une cohérence dans l'accompagnement. Ainsi les objectifs, les moyens ou les principes pourront être similaires, c'est l'approche de l'intervenant qui diffèrera en fonction de sa formation initiale. (Stancill, 2009)

L'intégration neurosensorielle est également utilisée par les ergothérapeutes avec les enfants autistes afin de les aider à moduler leurs particularités sensorielles.

Il s'agit plus précisément d' « *un processus neurophysiologique qui permet l'organisation et l'interprétation des informations sensorielles afin de rendre celle-ci opérationnelles.* » (Ayres A.J., ergothérapeute, 1972).

« *C'est un concept d'évaluation et de traitement particulièrement adapté pour des enfants présentant des dysfonctionnements de l'intégration sensorielle entraînant des difficultés sensorimotrices (problèmes posturaux et d'équilibre, maladresse...), un déficit de relation (réactions mal adaptées), des difficultés d'attention et de concentration et des troubles de l'activité.* »

L'intégration neurosensorielle en ergothérapie peut aider les enfants autistes à « *comprendre et organiser les informations sensorielles provenant de leur corps et de l'environnement* » afin de favoriser leur développement, limiter les retards d'indépendance et les difficultés scolaires et interagir de manière adaptée avec leur environnement (Orvoine, 2012 ; Ray-Kaeser et Dufour, 2013).

3.3 Lieux d'exercice

L'ergothérapeute peut aujourd'hui intervenir dans de très nombreux secteurs et cela tend à se diversifier (cabinets d'architecture, d'ergonomie ou d'appareillage, services commerciaux, assurances, procédures juridiques, etc.).

En général, lorsqu'un ergothérapeute accompagne des enfants autistes, il intervient dans les structures suivantes :

- Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD)

Au sein d'un SESSAD, la démarche de prise en soin est globale et l'ergothérapeute intervient sur les lieux de vie des enfants. Après une évaluation précise, l'ergothérapeute met en place un accompagnement comprenant des techniques spécialisées en éducation structurée afin de favoriser la communication de l'enfant et l'aider à améliorer son autonomie. Il intervient spécifiquement auprès des enfants autistes afin de les aider à acquérir ou rétablir les capacités qui leur sont nécessaire dans leur vie quotidienne, notamment dans le milieu scolaire.

- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

Un CAMSP est un lieu de dépistage, de prévention et de prise en soin auprès d'enfants âgés de zéro à six ans. L'équipe pluridisciplinaire (médicale, paramédicale et éducative) intervient pour diverses évaluations des capacités et incapacités des enfants, dans un contexte de dépistage, mais également pour des séances d'éducation/rééducation avec les enfants. L'ergothérapeute intervient principalement pour certaines évaluations spécifiques et pour le positionnement et l'appareillage des jeunes enfants.

- Institut Médico-Éducatif (IME)

Les IME accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels entre trois et vingt ans. À la suite de bilans spécifiques, l'ergothérapeute détermine les séances et médiateurs qu'il va utiliser, dans le cadre de rééducations individuelles ou en groupe.

- Cabinet libéral

L'ergothérapeute installé en libéral intervient en cabinet, à l'école, au collège, au lycée ou au domicile des patients. La population accueillie est variée avec des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées. Cependant, les enfants présentant des troubles de l'apprentissage sont les plus fréquents. L'ergothérapeute effectue des bilans, des séances de rééducation, des aménagements du logement et donne des conseils en aide technique et appareillage.

- Crèche

Même si cela n'est pas encore bien développé en France, l'ergothérapeute peut intervenir dans des crèches auprès d'enfants en situations de handicap. En travaillant au sein d'une crèche, l'ergothérapeute n'a pas un rôle direct de soignant. Son but est de s'assurer que les enfants suivis puissent être en interaction avec les autres enfants. Pour cela, l'ergothérapeute adapte les activités proposées en fonction des capacités des enfants, réalise des adaptations techniques et soutient le personnel « *dans ses demandes de conseils, d'explications voire de formation.* » (Boudot A., 2013)

Pour conclure cette problématique pratique, l'autisme est une variante neurodéveloppementale qui touche un grand nombre d'enfants (1 nouveau-né sur 500 selon l'HAS) et pour laquelle des mesures sont entreprises afin de répondre aux attentes des personnes autistes et de leur famille (plans autisme, loi du 11 février 2005 par exemple). Cependant, les interventions recommandées par l'HAS ne sont pas

suffisamment répandues en France et de nombreuses personnes autistes restent encore aujourd'hui sans solutions éducatives.

Ainsi, la prise en soin des personnes autistes représente une problématique de santé publique. L'HAS recommande un diagnostic et une prise en soin précoce, l'Early Start Denver Model me semble donc être un programme à approfondir parmi les méthodes recommandées. L'ergothérapeute, avec une vision holistique, intervient auprès de l'enfant autiste en le prenant en compte dans sa globalité. Ses diverses compétences correspondent à ce que peut nécessiter une prise en soin précoce auprès de ces enfants, en collaboration avec les autres professionnels.

Un questionnaire préalable auprès de deux ergothérapeutes libérales (annexe V) m'a permis de dégager certaines informations importantes pour ma recherche. Premièrement, les deux ergothérapeutes interrogées interviennent plutôt auprès de jeunes adolescents, même si elles accompagnent également de très jeunes enfants. Elles ont toutes les deux été formées à des méthodes comportementales comme le TEACCH et l'ABA, décrits précédemment. L'une des deux ergothérapeutes précise que le modèle d'intervention précoce de Denver est une approche intéressante mais pas encore assez fréquente en France (par manque de littérature et de formation). Les deux ergothérapeutes s'accordent sur le fait de travailler en lien avec une équipe médico-sociale et scolaire. L'une des deux ergothérapeutes est principalement sollicitée pour la motricité fine tandis que la seconde, exerçant en milieu associatif, intervient auprès des enfants et des familles concernant le développement des interactions sociales afin de favoriser l'autonomie de l'enfant à l'école.

L'ensemble de cette problématique pratique me mène au questionnement suivant :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'apprentissage des interactions sociales des enfants autistes à travers le jeu ?

PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Dans cette partie, afin de répondre à ma question de recherche, je vais utiliser des axes de réflexion qui sont : le modèle Ludique, les théories de l'apprentissage et les interactions sociales. Ces modèles et concepts scientifiques permettent à l'ergothérapeute d'avoir accès à une base théorique afin d'améliorer sa pratique.

1. Le modèle Ludique

Ergothérapeute et enseignante à la Faculté de médecine de Montréal, Francine Ferland est l'auteur de nombreux ouvrages. Elle publie notamment en 2003 un livre consacré au modèle Ludique.

Basé sur le jeu, le modèle Ludique s'harmonise avec les bases conceptuelles de l'ergothérapie, c'est-à-dire « *la nature occupationnelle de l'être humain, le besoin d'agir sur l'environnement, l'approche holistique centrée sur le patient et l'adaptation.* »

À travers ce modèle, Francine Ferland mène le questionnement suivant : « *Comment l'ergothérapie peut-elle mettre le jeu au service de l'enfant qui présente une déficience physique pour l'aider à développer son autonomie et ses capacités d'adaptation ?* »

Elle parle ici de déficience physique mais nous verrons par la suite qu'il est également possible d'appliquer ce modèle auprès d'enfants avec autisme.

Ce questionnement se décompose en quatre sous-questions :

- « *Avons-nous vraiment une approche globale de l'enfant en ergothérapie ?*
- *Pouvons-nous prétendre que notre approche de l'enfant est centrée sur lui ?*
- *Que devons-nous privilégier : l'autonomie de l'enfant ou son indépendance ?*
- *La meilleure façon de travailler avec les parents est-elle de leur donner des programmes à domicile ?* »

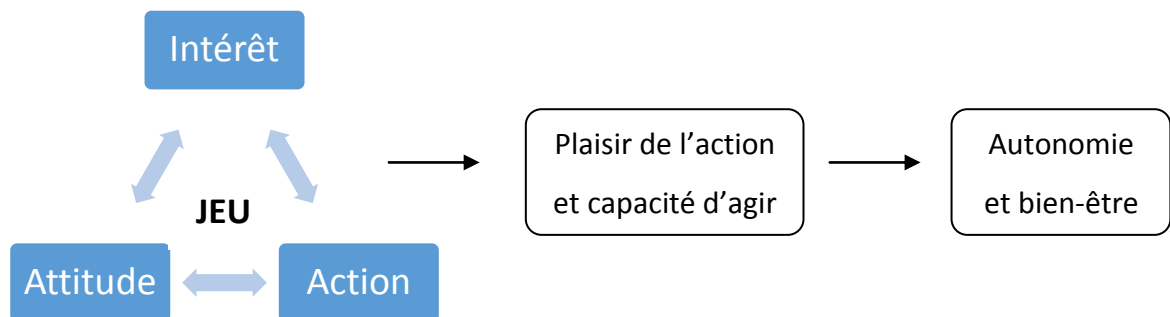
(Traduit de l'anglais par Morel-Bracq, 2009)

Le jeu est une activité significative et un processus naturel pour l'enfant, lui permettant de développer son autonomie et ses capacités d'adaptation.

À travers le jeu, « *l'enfant expérimente des sentiments de plaisir et de maîtrise, il découvre le monde qui l'entoure, il crée, il s'exprime.* » Le jeu, dans lequel les dimensions physique,

cognitive, affective et sociale sont stimulées, n'implique pas les notions de rendement et de performance.

L'attitude, l'action et l'intérêt sont les trois notions clés du jeu. L'attitude ludique étant définie par le plaisir, la curiosité, le sens de l'humour et la spontanéité. La capacité d'agir de l'enfant (l'action), étant « *sa capacité d'adapter l'activité à ses possibilités et de réagir devant l'impossibilité de l'accomplir* », au-delà de l'accomplir de façon habituelle. Et l'intérêt pour le jeu étant « *une attirance nécessaire pour faire naître le désir de faire et maintenir le plaisir de faire* ». Si l'enfant trouve du plaisir dans l'action, sa qualité de vie n'en sera que meilleure et son autonomie et son bien-être seront majorés.



Francine Ferland, 2003.

À travers le jeu, les objectifs du modèle Ludique sont les suivants :

- Permettre à l'enfant de jouer un rôle actif dans sa thérapie
- Aborder l'enfant de manière holistique
- Favoriser le développement de son autonomie
- Travailler plus efficacement avec les parents

Un parallèle peut être fait avec le modèle d'intervention précoce de Denver, développé spécifiquement pour les enfants autistes, qui utilise des principes proches des objectifs du modèle Ludique, cités ci-dessus. En effet, dans le modèle de Denver, les séances sont basées sur les intérêts de l'enfant, qui est observé dans son environnement. Le but est de lui permettre d'améliorer son autonomie et les parents sont formés au modèle afin de pérenniser les progrès à la maison.

L'environnement de jeu doit pouvoir donner à l'enfant la possibilité de choisir et d'exprimer sa créativité. Le choix du jeu est fait par l'enfant, l'ergothérapeute stimule ensuite l'enfant en fonction des objectifs mis en place et doit faire preuve d'adaptation et

de créativité. La séance de jeu peut être faite en individuel ou en groupe, le groupe étant « *particulièrement riche et stimulant* ».

L'ergothérapeute doit également être attentif aux ressentis et aux envies et besoins de l'enfant, dans un cadre « *sécurisant, souple et dynamique* » afin d'instaurer une relation de confiance.

« *Le jeu permet à l'enfant de bouger, de manipuler des objets, de penser, de communiquer et se relier aux autres, de s'intéresser à son environnement physique et humain.* »

Les enfants autistes éprouvent des difficultés pour certaines de ces compétences (communication, relation aux autres et à l'environnement), le jeu pourrait ainsi servir de support de travail adapté aux difficultés de l'enfant.

Dans le jeu, l'enfant doit être capable « *d'évaluer une situation, de faire des choix et de prendre des décisions* » afin de pouvoir développer au mieux son autonomie.

L'ergothérapeute doit favoriser l'engagement physique mais aussi psychologique de l'enfant dans le jeu, en valorisant ses habiletés et en prenant en compte ses difficultés. Les « *sphères sensorielles, motrices, cognitives et sociales* » de l'enfant sont sollicitées.

Les étapes de la thérapie selon le modèle Ludique sont les suivantes :

- « *L'enfant est le maître d'œuvre de sa thérapie et est invité à décider lui-même de ce qu'il fera.*
- *Le thérapeute s'adapte aux choix de l'enfant et manifeste une attitude ludique, il lui apporte son expertise pour lui donner les moyens d'agir malgré ses limitations.*
- *La thérapie déborde l'activité de jeu et favorise le processus de décision et de choix.*
- *L'analyse d'activité est l'outil de choix de l'ergothérapeute qui lui permet de déceler par analyse systématique le potentiel thérapeutique de l'activité. »*

Deux outils d'évaluation ont été créés en cohérence avec le modèle de Francine Ferland afin de déterminer la sphère ludique de l'enfant :

- L'évaluation du comportement ludique

Il s'agit d'une évaluation qualitative individuelle du comportement ludique, à travers cinq dimensions : « *l'intérêt général pour l'environnement, l'intérêt pour le jeu, les capacités*

ludiques, l'attitude ludique, et la communication ». On peut ici se demander quels résultats donnerait cette évaluation pour un enfant autiste. En effet, les parents d'enfants autistes témoignent d'un enfant ne réagissant pas comme les autres : « *Mon enfant ne me regarde pas, ne sourit pas* » ; « *Elle ne dit aucun mot, ne communique ni par mimiques ni par gestes* » (présentation sur l'autisme de Mylène Grisoni, 2010). On remarque que cela décrit des difficultés pour l'enfant à s'intéresser à son environnement.

- L'entrevue initiale avec les parents

Cette évaluation permet de recueillir « *des informations spécifiques sur l'enfant et d'entrevoir son comportement ludique au domicile* ».

Dans le modèle Ludique, l'ergothérapeute se renseigne premièrement sur les domaines d'intérêt de l'enfant, ses capacités, ses difficultés, sa manière de faire et de réagir.

L'évolution du comportement ludique comprend deux éléments : l'attitude ludique (« *décrite selon ses caractéristiques et ses composantes affectives* ») et l'action ludique (« *décrite selon ses composantes sensorielles, motrices, cognitive et sociale* »).

Ce modèle, initialement élaboré pour être appliqué auprès de jeunes enfants présentant une déficience physique, est transposable et adaptable à d'autres populations comme les enfants présentant des difficultés d'apprentissage, voire même les adultes et les personnes âgées. Ce modèle peut donc être appliqué, avec les adaptations nécessaires, aux enfants autistes.

2. Les théories de l'apprentissage

L'apprentissage est défini comme l'« *ensemble des processus de mémorisation mis en œuvre par l'animal ou l'homme pour élaborer ou modifier les schèmes comportementaux spécifiques sous l'influence de son environnement et de son expérience* ». (Encyclopédie Larousse, 2014) De plus, apprendre diffère d'enseigner qui est « *faire apprendre* » quelque chose à quelqu'un.

2.1 Le behaviorisme

Le behaviorisme est une « *doctrine qui assigne à la psychologie l'étude du comportement des individus à l'exclusion du comportement des individus à l'exclusion de l'introspection* ». (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)

Thorndike, un des précurseurs du behaviorisme, a d'abord mis en évidence deux méthodes d'apprentissage :

- La loi de l'effet : « *tout comportement qui conduit à un état satisfaisant de l'organisme à tendance à se reproduire dans la même dans la même situation* ».
- L'apprentissage par essais/erreurs : le comportement s'optimise au travers d'une succession de réussites et d'échecs.

Watson a ensuite développé le concept behavioriste en 1913. Il considérait que l'objet d'étude de la psychologie devait être les comportements et non les états mentaux. L'objectif de sa théorie est d'étudier les relations entre les stimuli de l'environnement et les réponses comportementales qu'ils provoquent.

Pavlov (1849-1936) a quant à lui développé au début du XXème siècle le conditionnement réponsant, dans lequel un stimulus auparavant neutre entraîne une réponse après avoir été associé à un stimulus provoquant une réponse automatique.

Skinner (1904-1990) a ensuite développé au milieu du XXème siècle le conditionnement opérant. Selon cette théorie, le sujet agit volontairement sur l'environnement, on dit qu'il « *opère* », dans le but d'avoir quelque chose qui le motive.

Dans le cadre de mon mémoire, je vais entre autres voir comment l'enfant « *opère* » pour avoir une récompense, comme la satisfaction ou le retour positif de sa famille.

C'est à partir de là que s'introduisent les notions de renforcement et de punition. Le renforcement correspond à tout stimulus qui augmente la probabilité d'apparition d'un comportement, tandis que la punition vise à diminuer l'apparition d'un comportement. Le renforcement et la punition peuvent être :

- Positifs : en ajoutant un élément suite à l'émission d'un comportement.
- Négatifs : en enlevant un élément suite à l'émission d'un comportement.

Avec l'enfant autiste, les punitions ne sont généralement pas appliquées car il n'en comprend pas la valeur. Le renforcement est donc favorisé, on ne s'attache pas à la négativité des actions.

Le behaviorisme s'applique également dans la pédagogie, on parle alors de pédagogie par objectifs. Un comportement complexe attendu est décomposé en plusieurs sous-

comportements, ainsi un objectif général est établi et comprend plusieurs objectifs spécifiques. L'enseignant procède alors par étapes et peut utiliser deux méthodes :

- Le façonnement, avec des étapes successives pouvant chacune être atteintes par un objectif comportemental intermédiaire.
- Le modelage, proche de l'imitation, qui renforce l'apparition d'un comportement en montrant un modèle au sujet. En général, le comportement est plus facilement reproduit.

D'une manière transversale, un comportement ne s'acquiert pas dès la première production, d'où l'importance d'un entraînement avec des exercices répétés et basés sur la réussite.

En conclusion, le concept behavioriste utilise diverses techniques afin de favoriser l'apprentissage de comportements adaptés. Le conditionnement et le renforcement permettent de mettre en place des routines et des réponses automatiques ou réflexes, et un entraînement basé sur la réussite permet d'acquérir plus facilement un comportement adapté.

Aujourd'hui, certains programmes d'intervention auprès des enfants autistes utilisent la théorie du behaviorisme, comme la méthode ABA et le modèle d'intervention précoce de Denver développés précédemment.

2.2 Le cognitivisme

Développé en 1950, le cognitivisme est le paradigme actuel en psychologie. Il correspond à la fusion du constructivisme de Piaget et de l'interactionnisme de Vygotski. Il est défini comme la « *tendance théorique qui met l'accent sur les activités supérieures humaines (la cognition), et qui accepte l'idée qu'une connaissance scientifique de ces activités est possible* ».

▪ Constructivisme

Selon Piaget (1923), « *les connaissances sont construites par l'intermédiaire des actions qu'on accomplit sur des objets* ». Cela induit le fait que produire une action sur un objet renvoie de l'information et de l'expérience, créant ainsi une situation d'apprentissage, dans laquelle peuvent se développer des schèmes. Ainsi l'enfant autiste, en considérant le

jeu comme objet, peut développer ses connaissances par son action et par l'information que lui renvoie le jeu.

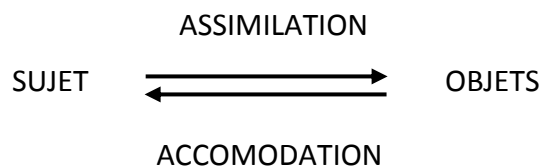
Piaget définit la notion de schème comme un schéma d'activités ou une structure d'actions, c'est-à-dire ce qu'il y a de commun à l'application d'une même action. Un schème ne peut pas être appliqué à toutes les situations, le sujet doit donc faire preuve d'adaptation en utilisant deux procédés :

- L'assimilation

Correspondant à l'incorporation de nouveaux objets dans un schème existant. Elle permet de rendre familier ce qui ne l'est pas, en modifiant le milieu.

- L'accommodation

Consistant à modifier un schème existant ou à en construire un nouveau afin de s'adapter à un nouvel objet. Ainsi, à l'inverse de l'assimilation, le milieu modifie le schème.



« Le développement des connaissances consiste donc en une adaptation croissante du sujet aux objets, s'effectuant par un processus d'équilibration majorant ou passage d'un niveau d'équilibre à un autre qui lui est supérieur ». (Fondation Jean Piaget)

Pour l'enfant autiste, l'accompagnement porte sur ses difficultés d'adaptation à son environnement. En travaillant sur les procédés d'assimilation et d'accommodation, l'enfant autiste pourrait alors accéder au processus d'équilibration majorant cité ci-dessus, et ainsi développer ses connaissances et compétences.

- Interactionnisme social (Vygotski 1934)

L'interactionnisme social ou socioconstructivisme a été développé par Vygotski en 1934.

Sa principale thèse concerne le rôle des interactions sociales dans le développement de l'intelligence. Il évoque la présence de liens réciproques entre le social et l'intellectuel, avec une résonance entre les processus inter et intra personnels et considère qu'il n'y a pas d'apprenant autonome.

Vygotski met en évidence trois notions clés :

- Les instruments psychologiques

Un instrument psychologique structure les processus naturels de la pensée humaine. Ces instruments sont socialement établis, ils sont hérités de génération en génération. Ils s'acquièrent seulement par les interactions sociales et les interactions dissymétriques. Le langage ou les techniques de calcul en sont des exemples.

- La zone proximale de développement

Cette zone correspond aux apprentissages que le sujet peut faire dans certaines situations d'interaction sociale. Elle se situe entre ce que le sujet a appris de manière autonome et ce qu'il pourrait apprendre s'il rencontrait des ressources extérieures.

- Le conflit sociocognitif

Il correspond à de la dissymétrie existante entre le formateur et le formé et montre la différence de niveau cognitif entre les formés. Il permet de prendre conscience du point de vue d'autrui et de formuler le sien afin de trouver des solutions adéquates.

Les interactions sociales étant la source de la plupart des difficultés rencontrées par les enfants autistes, il paraît important qu'elles soient au centre de l'accompagnement de ces enfants.

L'objet de cette étude va donc être de déterminer quelles sont les modalités d'apprentissage utilisées par les ergothérapeutes et identifier ce qui est favorisé à travers le jeu.

3. Les interactions sociales

L'interaction sociale est considérée comme une « *action réciproque dans le sens commun, souvent utilisée en sociologie comme simple synonyme de relation sociale* ». En tant que concept, l'interaction sociale est « *une séquence dynamique d'actions sociales (ou conjointes) entre des individus ou groupes d'individus qui modifient leurs actions et réactions en fonction des actions anticipées et effectives d'autrui.* » (Bense Ferreira Alves et Hammou, 2007).

Un enfant autiste n'a pas cette capacité à anticiper les situations. Pour lui, l'interaction sociale n'est pas une compétence acquise.

Selon Perret-Clermont (1979), les compétences minimales nécessaires pour « profiter » de l'interaction sociale présentent au moins deux dimensions :

- La compétence d'interaction sociale (nécessaire à un processus interindividuel de coordination)
- La compétence cognitive minimale (nécessaire pour que l'interaction puisse susciter en l'enfant un progrès développemental)

L'absence de ces compétences apparaît notamment dans la triade autistique.

En sociologie, une interaction sociale est considérée comme un échange élémentaire limité dans le temps (Degenne, 2009). Selon Marc et Picard (2011), cet échange peut être verbal ou non verbal. L'enfant autiste a une perception différente d'un enfant neurotypique (non autiste) concernant les différents signes d'interaction non verbale (les gestes, les regards, les attitudes, etc.)

La base des interactions sociales sont les actions, qui peuvent être intrapersonnelles ou interpersonnelles.

Les actions intrapersonnelles peuvent être :

- Directes, lorsqu'il existe une cohérence entre une décision et une action (une décision cognitive suivie d'une action pragmatique : « *J'ai décidé de ne plus être ami avec lui et je lui dis* », ou une décision affective suivie d'une action expressive : « *J'aime ma sœur et je lui montre* »)
- Croisées, lorsque la décision et l'action ne suivent pas la même logique (décision cognitive suivie d'une action expressive : « *J'ai décidé de ne plus être ami avec lui mais demain je pense que je vais aller lui dire que je l'apprécie* », ou une décision affective suivie par une action pragmatique : « *J'ai toujours adoré cet ami mais il vaut mieux qu'on ne se parle plus* »). (Tapu, 2001)

Et les actions interpersonnelles peuvent être :

- Directes, lorsqu'il y a une réaction cognitive à l'action pragmatique d'un autre enfant : « *Mon copain veut faire la paix, et je suis d'accord parce qu'on s'amuse*

bien ensemble », ou une réaction affective à l'action expressive de l'autre : « *Mon copain me dit qu'il aime jouer avec moi et je répons de la même manière »*)

- Traversées, lorsqu'il y a une réaction affective à l'action pragmatique de l'autre : « *Mon copain me prête son jouet, donc je suppose qu'il m'aime bien »*, ou des réactions cognitives à une action expressive de l'autre : « *Il me dit qu'il m'aime bien, et je me demande pourquoi est ce qu'il me dit ça »*).

Selon Allal (1985), les interactions sociales concernant l'apprenant, inscrites dans un triangle didactique (enseignant-savoir-apprenant), peuvent prendre trois formes :

- Les interactions entre l'apprenant et l'enseignant
- Les interactions entre l'apprenant et un matériel/outil
- Les interactions entre apprenants

Dans le cadre de cet écrit, les interactions sociales pour un enfant autiste peuvent prendre les trois formes suivantes :

- Les interactions entre l'enfant autiste et l'adulte (parent ou thérapeute)
- Les interactions entre l'enfant autiste et l'activité (le jeu)
- Les interactions entre l'enfant autiste et les autres enfants de son âge

La théorie d'Allal décrite ci-dessus se rapproche plus des thérapies comportementales, comme entre autres, le modèle d'intervention précoce de Denver, qui s'attache à observer le comportement de l'enfant dans son environnement. C'est la raison pour laquelle je vais utiliser cette théorie comme un axe de réflexion pour la suite de cet écrit.

METHODOLOGIE

La problématique pratique et la problématique théorique développées précédemment m'ont permis de construire un cadre scientifique de recherche pour mon mémoire. Dans cette partie, je vais exposer la méthode, la population, ainsi que l'outil que j'ai choisis pour mener cette étude.

1. Choix de la méthode

Certains logiciels, DicoMots® par exemple, permettent de mettre en avant des occurrences entre les différents discours. Cependant, j'ai choisi de ne pas utiliser cet outil d'analyse car les éléments auraient été cités hors contexte.

Afin de répondre à ma question de recherche, qui concerne **le rôle du jeu dans l'apprentissage des interactions sociales des enfants autistes en ergothérapie**, j'ai choisi d'élaborer une étude clinique. Cette méthode est basée sur des entretiens, que j'ai choisis de faire de façon semi-directive. Il s'agit d'une méthode qualitative centrée sur la personne et sur la qualité de son discours. Grâce à la grille d'entretien, qui est l'outil de cette méthode, les informations qualitatives que je récolterai de la part des personnes interrogées (parents et professionnels) me permettront de faire ressortir des éléments de réponse à ma question de recherche. Cette étude clinique aboutira à l'élaboration d'une hypothèse qui pourra éventuellement faire l'objet d'une autre étude.

2. Choix de la population

J'ai choisi d'interroger un parent d'enfant avec autisme ainsi que des professionnels travaillant auprès d'enfants autistes. Les personnes interrogées doivent correspondre aux critères d'inclusion définis ci-dessous.

2.1 Critères d'inclusion

Le parent doit :

- Avoir un enfant autiste ayant accès au jeu
- Habiter dans un pays européen francophone

Les professionnels (dont au moins un ergothérapeute) doivent :

- Travailler auprès d'enfants autistes ayant accès au jeu
- Travailler dans un pays européen francophone

2.2 Critères de non-inclusion

Les parents exclus de l'étude sont :

- Ceux n'ayant pas d'enfants autistes
- Ceux ayant un enfant autiste n'ayant pas accès au jeu
- Ceux n'habitant pas dans un pays européen francophone

Les professionnels exclus de l'étude sont :

- Ceux ne travaillant pas auprès d'enfants autistes
- Ceux travaillant auprès d'enfants autistes n'ayant pas accès au jeu
- Ceux n'habitant pas dans un pays européen francophone

3. Choix de l'outil

3.1 Description et conception de l'outil

L'outil correspondant à l'étude clinique est la grille d'entretien. Cette grille est élaborée à partir de matrices théoriques (annexe VI) comprenant des critères, des indicateurs et des indices. Ces matrices sont construites à partir des modèles et concepts théoriques développés dans la problématique théorique. À travers les critères, les indicateurs et les indices, les matrices permettent de formuler les questions qui serviront de base aux entretiens semi-directifs et permettent également d'analyser par la suite les réponses obtenues.

L'entretien semi-directif se fait par le biais de plusieurs questions ouvertes, qui permettent aux personnes interrogées de s'exprimer spontanément et librement, tout en restant dans le cadre du sujet de l'étude. La grille d'entretien que j'ai élaborée (annexe VII) se compose de quatre axes principaux et débute par des questions d'amorce, ayant pour but d'obtenir des informations sur la personne interrogée et l'enfant concerné. Des questions de relance sont préalablement rédigées afin de relancer la discussion si besoin. Quelques nuances ont été apportées aux questions pour correspondre aux différentes personnes interrogées (parents et professionnels).

3.2 Déroulement des entretiens

J'ai pu trouver des personnes correspondant aux critères d'inclusion de mon étude notamment grâce aux contacts donnés par ma maître de mémoire, aux rencontres faites lors de mes stages ainsi que par le biais des réseaux sociaux. J'ai ensuite contacté ces personnes par mail, par téléphone, ou par Facebook® afin de leur présenter mon sujet et convenir d'un rendez-vous. J'ai au final pu m'entretenir avec trois ergothérapeutes, une psychomotricienne et une mère d'un enfant autiste. Tous les entretiens ont été réalisés par téléphone. Chaque entretien est anonyme, dure 45 minutes au maximum et débute avec une présentation de son déroulement.

RESULTATS

Dans cette partie, après avoir présenté les différentes personnes que j'ai pu interroger et un résumé du contenu de leur entretien, je présenterai les résultats bruts des entretiens, question par question. (Retranscriptions des entretiens en annexe VIII)

1. Analyse longitudinale

Les réponses obtenues grâce aux questions d'amorce m'ont permis d'en savoir plus sur la personne interrogée et sur le ou les enfant(s) concerné(s), j'ai ainsi pu adapter mon discours pour la suite de l'entretien. Cette analyse longitudinale me permet ainsi de présenter les différentes personnes interrogées et un résumé du contenu de leur entretien.

1.1 Le parent

Il s'agit de Mme C, mère d'un jeune homme autiste qui a aujourd'hui vingt ans et qui a été diagnostiqué à environ dix ans. Ce garçon a un frère ainsi qu'une demi-sœur et un demi-frère. Il a été scolarisé en classes spécialisées et suit aujourd'hui des cours à la maison grâce au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance). Il a été suivi par une équipe pluridisciplinaire en IME et par deux orthophonistes. Sa mère s'est formée à la méthode ABA et l'a ensuite appliquée à la maison avec ses enfants.

Elle explique durant l'entretien, qu'elle se base d'abord sur les goûts de son enfant pour lui proposer des activités ou des jeux, et qu'elle favorise un environnement calme, neutre, avec des lumières adaptées. Elle évoque également sa manière de l'aider lors des apprentissages, elle parle notamment de structuration, d'apprentissage par étapes, de l'utilisation de renforcements, d'adaptation de l'activité et de généralisation. Elle aborde ensuite les différents comportements que peut avoir son enfant face au jeu, en disant qu'il peut prendre du plaisir, rire, sourire, lorsque l'activité lui plait, et qu'il peut au contraire avoir des troubles du comportement, lorsqu'il se retrouve face à l'échec ou à la frustration. Elle ajoute qu'il est plutôt « *persévérant* » et ne respecte pas toujours la durée de l'activité. Elle évoque ensuite qu'il arrive plutôt bien à échanger et partager certaines activités avec son frère, mais que cela reste sur des temps relativement courts. Elle aborde également le fait de devoir proposer voire imposer des jeux à son enfant, sans

quoi il ne jouerait pas spontanément. Enfin, elle décrit les jeux que préfère son enfant : des jeux de cartes sur le thème des animaux ou de l'histoire.

1.2 La psychomotricienne

La psychomotricienne a trente-trois ans et a été diplômée en 2011. Elle travaille actuellement dans un centre hospitalier, plus précisément dans une unité d'intervention précoce intensive de Denver, d'un pôle de pédopsychiatrie. Tout comme l'équipe pluridisciplinaire avec qui elle travaille, elle est formée à l'Early Start Denver Model (ESDM) et l'applique auprès des enfants qu'elle accueille. Elle travaille auprès d'enfants autistes depuis six ans et est sur cette unité depuis trois ans. L'âge moyen des enfants qu'elle accompagne est de trois ans et demi et ces enfants sont en général diagnostiqués vers deux ans et demi. Elle a suivi une formation supplémentaire d'intégration sensorielle.

Dans son entretien, elle évoque premièrement le fait que dans sa pratique, tous les professionnels doivent se coordonner et appliquer la même manière d'enseigner à l'enfant, afin d'assurer une cohérence dans l'accompagnement. Une évaluation des thérapeutes est d'ailleurs réalisée régulièrement pour vérifier s'ils respectent les principes de l'ESDM. Elle commence par réaliser des bilans et observations de l'enfant afin d'identifier ses capacités et difficultés ainsi que ses intérêts. Elle rédige ensuite en équipe et avec les parents des objectifs par étapes, qui sont réajustés régulièrement. Son but premier est d'instaurer un lien avec l'enfant, grâce au jeu. Elle aborde ensuite sa manière d'intervenir auprès de l'enfant autiste, afin de favoriser un « *échange dyadique* », le « *jouer ensemble* » et le positionnement en face à face. Elle dit commencer par suivre l'initiative de l'enfant, elle introduit ensuite des variantes au jeu. Elle évoque les notions de routines, répétitions, structuration, renforcements, supports visuels, et généralisation. Elle dit également adapter la durée de l'activité en fonction des capacités de l'enfant. Elle insiste ensuite sur l'importance d'associer les parents au projet. Elle participe notamment à des groupes d'information et accompagne les parents au domicile afin de les aider à jouer avec leur enfant. Concernant les différents comportements des enfants autistes qu'elle peut observer face au jeu, elle parle de rires, de sourires, de motivation. Elle nuance en disant qu'en fonction des enfants, les réactions sont différentes. Ils peuvent parfois sortir de la pièce, faire des crises ou même ne pas réagir, face à un échec ou de la frustration. Enfin, elle dit ne pas pouvoir citer les avantages et les

inconvenients du jeu car selon elle, le jeu est l' « *essence même de la prise en charge* » et sert de support à tous les apprentissages. Tout son accompagnement se base sur les principes de l'ESDM.

1.3 L'ergothérapeute A

L'ergothérapeute A a vingt-quatre ans et a été diplômée en 2016. Elle travaille dans un SESSAD autisme depuis Septembre 2016, donc depuis environ huit mois. Dans cette structure, elle accompagne des enfants dont l'âge moyen est de huit ans, qui ont été diagnostiqués autistes vers leurs six ans. Le SESSAD dans lequel elle travaille a une orientation ABA donc l'ergothérapeute A utilise, avec ses collègues, l'approche ABA pour laquelle elle a été formée. Elle a suivi deux autres formations supplémentaire, une sur la dysgraphie ainsi qu'une sur la PCM (« *Professional Crisis Management Services* » ou gestion professionnelle des crises) qui permet aux professionnels de savoir comment intervenir auprès d'un enfant présentant des troubles du comportement.

Comme la psychomotricienne, elle réalise premièrement des bilans et observations afin de déterminer les capacités et difficultés de l'enfant autiste. Selon les principes de la méthode ABA, le temps d'apprentissage ne représente que 20% de la séance, le reste du temps correspond à du jeu sans exigences particulières, afin de préserver la motivation de l'enfant. L'ergothérapeute A utilise différents supports visuels pour structurer le jeu et propose des jeux en fonction de ce que l'enfant aime.

Concernant ses techniques d'apprentissage, elle applique la méthode ABA avec l'utilisation de renforcements, l'apprentissage sans erreur, une guidance physique qui doit s'estomper au fur et à mesure que l'enfant progresse, l'utilisation de routines, la structuration et la généralisation. Elle dit essayer de varier au maximum les supports, s'adapter en fonction des capacités et intérêts de l'enfant et laisser l'enfant choisir son jeu au moins trois fois dans la séance. Elle insiste sur l'importance d'échanger avec les parents et leur propose également des programmes à réaliser à domicile. Elle met également en avant l'importance de la cohérence entre les différents professionnels, afin d'optimiser l'accompagnement de l'enfant autiste.

Concernant les comportements des enfants autistes qu'elle peut observer par rapport au jeu, elle évoque qu'en fonction du jeu, certains enfants vont par exemple avoir des

comportements « *auto-stimulateurs* », vont être attentifs aux bruits, et parfois avoir des troubles du comportement. Elle parle également de la notion de plaisir. Elle dit ensuite que les comportements des enfants autistes par rapport au jeu peuvent rejoindre ceux d'un enfant « *lambda* ». Les enfants autistes qu'elle accompagne s'expriment soit par la parole, soit par PECS, soit par gestes. Ils peuvent parfois regarder l'adulte, prendre sa main, formuler des demandes, etc. Elle dit « *rigoler* » et passer de « *bons moments* » avec eux. Elle insiste ensuite sur l'importance de la période de « *pairing* » avec l'enfant qui permet d'instaurer une relation de confiance.

Selon l'ergothérapeute A, les avantages du jeu sont qu'il y a de nombreuses possibilités de le détourner, que c'est un support exhaustif (un même jeu pouvant correspondre à un travail de préhension mais aussi à un travail sur les interactions sociales) et qu'il permet de travailler tous types de compétences. Concernant les inconvénients, elle évoque que certains jeux sont parfois « *rigides* » et compliqués à détourner, ou parfois trop stimulants au niveau sensoriel.

1.4 L'ergothérapeute B

L'ergothérapeute B a trente-sept ans et a été diplômée en 2004. Elle travaille actuellement en libéral et accompagne deux enfants autistes, une de sept ans diagnostiquée il y a quelques mois, et une autre de dix ans, dont on ne connaît pas la date de diagnostic. L'ergothérapeute B travaillait auparavant dans un CAMSP mais n'a accompagné que peu d'enfants autistes dans son parcours professionnel. Elle s'est formée à l'intégration neurosensorielle, à la rééducation de la sensorimotricité pour les enfants de zéro à trois ans, et va bientôt se former à l'approche CO-OP (« *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* »).

Dans son entretien, l'ergothérapeute B évoque, comme tous les professionnels interrogés, réaliser divers bilans pour identifier les capacités et difficultés de l'enfant. Elle dit ensuite ne pas réaliser d'aménagements de l'environnement pour les enfants autistes qu'elle suit. Elle se base sur ce qu'aime l'enfant pour choisir les jeux qu'elle propose. Elle dit également ne pas utiliser de « *système de récompenses* » mais dit plutôt favoriser des « *encouragements* ». Elle adapte l'activité et change les supports lorsque c'est nécessaire et privilégie la discussion avec l'enfant pour lui expliquer, le réassurer et le mettre en confiance s'il rencontre des difficultés. Elle laisse un temps libre en fin de séance pour que

l'enfant puisse choisir son jeu et faire ce qui lui plaît. Elle notifie l'importance d'échanger et d'avoir une réflexion commune avec les parents et leur propose également des protocoles à appliquer à domicile (notamment le « *Wilbarger brushing* »). Concernant les comportements des enfants autistes qu'elle peut observer par rapport au jeu, elle parle plutôt d'éventuelles inquiétudes que peut avoir l'enfant ou alors des difficultés de modulation du comportement dues à des stimuli visuels et sonores. Elle évoque que certains enfants peuvent se replier sur eux-mêmes, s'énerver ou sortir de la pièce. Elle dit ne pas rencontrer de difficultés d'interactions avec les jeunes filles autistes qu'elle suit.

Enfin, elle ne cite que des avantages concernant le jeu, qu'elle considère comme la base des apprentissages, étant donné que les enfants ne se rendent pas compte qu'ils travaillent. Elle évoque la possibilité de « *dériver les consignes* » et de pouvoir travailler dans différentes positions. Elle considère le jeu comme « *essentiel* » dans sa pratique.

1.5 L'ergothérapeute C

L'ergothérapeute C a vingt-quatre ans et a été diplômée en 2015. Elle travaille au sein d'un SESSAD autisme qui n'a pas d'orientation particulière concernant les méthodes d'intervention, mais qui respecte les recommandations de l'HAS, avec l'utilisation d'ABA, TEACCH ou PECS si besoin. Elle accompagne une majorité d'enfants âgés de dix à quatorze ans, diagnostiqués à des âges très différents. Elle a réalisé un master en sciences cognitives et a suivi plusieurs formations : sur l'autisme et les prises en charge, sur les habiletés sociales et sur la sexualité chez les personnes autistes.

Dans son entretien, l'ergothérapeute C évoque premièrement proposer aux enfants qu'elle accompagne des emplois du temps visuels, avec des pictogrammes, afin de structurer la séance. Elle dit également simplifier et adapter au préalable les supports et choisir des activités appréciées par le jeune. Durant l'activité de jeu, elle utilise des supports visuels et adapte le niveau de difficulté du jeu en fonction des capacités de l'enfant. Elle évoque utiliser des « *motivateurs* » pour que l'enfant reste impliqué dans le jeu, mettre en place des routines avec l'enfant et parfois utiliser une décomposition avec un étayage verbal. Elle évoque l'importance de respecter la « *zone proximale de développement* » de l'enfant et utiliser la structuration. Concernant les différents comportements des enfants autistes qu'elle peut observer par rapport au jeu, elle parle principalement d'enthousiasme et de plaisir. Elle dit faire preuve de bienveillance avec les

enfants, qui communiquent en général verbalement ou par PECS. Elle évoque certains moments « *conviviaux* » autour du jeu ou d'une activité extérieure (bowling par exemple). Elle insiste sur l'importance de ces moments de socialisation et d'échange qui permettent aux jeunes de « *nouer des liens* ».

Enfin, concernant le jeu en lui-même, elle considère que les avantages sont son aspect ludique, c'est-à-dire le fait que le jeune n'ait pas l'impression qu'il travaille, elle évoque également l'importance du nombre de jeux existants et les diverses possibilités de les modifier. Le seul inconvénient du jeu selon elle serait des règles parfois peu adaptées, elle évoque cependant qu'avec un peu de créativité, l'ergothérapeute peut les modifier et les adapter en fonction des besoins de l'enfant.

2. Analyse transversale

Je vais présenter dans cette partie les résultats bruts, obtenus grâce aux cinq personnes interrogées. Je vais pour cela utiliser des tableaux pour chaque question, qui contiendront les mots clés du discours de chaque personne.

2.1 Question 1 : Comment vous organisez-vous pour proposer et mettre en place un jeu avec un enfant autiste ?

Personnes interrogées	Réponses obtenues
Mme C	Prévenir à l'avance si nouveau ; quelque chose de motivant ; goûts de l'enfant ; endroit calme et neutre ; lumières adaptées
La psychomotricienne	Cohérence avec les autres professionnels ; bilans et observations ; objectifs ; intérêt de l'enfant ; création d'un lien
L'ergothérapeute A	Choix du jeu ; objectifs ; temps de jeu plus important que le temps d'apprentissage ; Time Timer® ; emplois du temps visuels ; pictogrammes ; contrats de comportement ; anticipation possible pour l'enfant ; ce que l'enfant aime
L'ergothérapeute B	Pas d'aménagement de l'environnement ; préparation du matériel ; explications ; ce que l'enfant aime
L'ergothérapeute C	Emplois du temps visuels ; objectifs ; simplification des supports ; activités appréciées par le jeune

Les cinq personnes interrogées s'accordent pour dire qu'il faut proposer à l'enfant autiste des jeux ou des activités qui lui plaisent, et par conséquent rechercher au préalable son intérêt. Seule la mère évoque l'organisation de l'environnement, de l'espace, avec un endroit calme, neutre et des lumières adaptées. Les professionnels évoquent la nécessité de préparer et adapter le matériel et les supports au préalable, notamment pour permettre à l'enfant de repérer dans le temps le moment de la séance.

2.2 Question 2 : Comment accompagnez-vous cet enfant dans le cadre de ce jeu ?

Personnes interrogées	Réponses obtenues
Mme C	Structuration ; étapes ; renforcements ; simplification d'activité ; changement d'activité ; supports proposés par l'orthophoniste ; supports Montessori ; guidance physique ; imitation ; généralisation
La psychomotricienne	Reproduction des gestes de l'enfant ; aide ; échange dyadique ; apport extérieur ; intégration de nouvelles choses ; routines importantes ; répétitions ; structuration ; objectifs rédigés par étapes ; moins de guidance physique possible ; imitation ; initiative de l'enfant ; réajustement régulier des objectifs ; cohérence entre les intervenants ; renforçateurs ; supports visuels ; généralisation ; parents associés ; adaptation
L'ergothérapeute A	Objectifs ; mise en place des règles ; apprentissage sans erreur ; guidance physique qui doit s'estomper ; imitation ou guidance visuelle ; routines pour quelques enfants ; Time Timer® ; structuration ; nouveauté ; mêmes activités ; variétés de supports ; généralisation ; choix de l'enfant ; échange avec les parents ; programmes à la maison ; renforcements ; cohérence entre professionnels ; réajustement des objectifs ; adaptation ; interventions physiques ou non pour les troubles du comportement

L'ergothérapeute B	Encouragements ; pas de système de récompenses ; choix de l'enfant ; temps libre en fin de séance ; rappels ; explications ; adaptation ; changement de supports ; échanges et réflexion avec les parents ; protocoles à la maison ; communication avec l'enfant ; réassurance ; mise en confiance
L'ergothérapeute C	Supports visuels ; adaptation ; ajustement de la difficulté ; renforçateurs/motivateurs ; rituels ; routines ; un même jeu ; décomposition avec étayage verbal ; zone proximale de développement ; Time Timer® ; structuration

Toutes les personnes interrogées relatent l'importance de la structuration pour les enfants autistes, la structuration du temps, de l'espace, mais aussi des activités. La mise en place de routines est évoquée par trois professionnels (la psychomotricienne et les ergothérapeutes A et C), mais de manières différentes.

On retrouve dans tous les discours l'importance du renforcement. Les renforçateurs ou motivateurs, au mieux internes sinon externes à l'activité, sont souvent axés sur un jeu ou une activité qui est très appréciée par l'enfant. Seule l'ergothérapeute B dit ne pas appliquer un « *système de récompenses* » mais dit cependant laisser un temps libre à la fin de la séance lors duquel l'enfant peut faire ce qu'il souhaite.

Les différentes guidances sont également évoquées par la plupart des personnes interrogées, la différence étant le moment de leur mise en place.

Toutes insistent sur l'importance de varier les supports et de s'adapter à l'enfant, à ses difficultés, à ses capacités et à ses particularités sensorielles.

D'une manière générale, la place des parents est très importante, qu'il s'agisse d'échanger avec eux, d'avoir une réflexion commune, de les conseiller et les aider, ou de leur proposer des programmes ou protocoles à réaliser à domicile avec leur enfant.

2.3 Question 3 : Quels sont les différents comportements de l'enfant que vous pouvez observer par rapport au jeu, une fois que vous lui avez présenté ?

Personnes interrogées	Réponses obtenues
Mme C	Bonne présence ; plaisir ; rire ; sourire ; longs discours si intérêt de l'enfant ; réservé ; plus de facilités avec certaines personnes ; choix spontané d'activités ; quelques troubles du comportement s'il n'aime pas l'activité ou s'il est face à l'échec
La psychomotricienne	Sourire ; rire ; motivation ; enfants inhibés ou démonstratifs ; sortie de la pièce ; retour vers une activité ou un jeu ; difficultés à trouver l'intérêt de l'enfant parfois ; manque de demande ; expression du visage ; crises ; absence de réaction
L'ergothérapeute A	Dépend du jeu ; comportements auto-stimulateurs ; socialisation ; contact avec les autres enfants ; changement des règles ; équivalent parfois à un enfant lambda ; plaisir ; attentif aux bruits ; repousse l'adulte ou les autres enfants ; troubles du comportement
L'ergothérapeute B	Inquiétude ; plus de modulation possible du comportement ; perturbé par les bruits et les stimuli visuels ; repli ; énervement ; sortie de la pièce
L'ergothérapeute C	Enthousiasme ; plaisir

La majorité des personnes interrogées mettent en avant le plaisir, le rire, le sourire lorsque l'enfant fait quelque chose qui lui plait. Seule l'ergothérapeute B, qui travaille en libéral, n'a pas abordé la notion de plaisir. Ensuite, face à l'échec ou à la frustration, les enfants peuvent se replier sur eux-mêmes, sortir de la pièce ou manifester des troubles du comportement.

2.4 Question 4 : Dans le cadre de ce jeu, comment est votre relation avec lui ?

Qu'arrivez-vous à établir avec lui et éventuellement, avec d'autres personnes ?

Personnes interrogées	Réponses obtenues
Mme C	Echange verbale ; difficultés de prononciation ; relation d'aide ; attentifs aux bruits et aux lumières ; échanges avec son frère ; partage d'activités
La psychomotricienne	Relation dyadique ; regards et gestes ; communication avec l'adulte ; prendre la main ; attentif aux bruits graves ; perturbé par la foule ; adaptation de la durée de l'activité en fonction des capacités attentionnelles ; jouer ensemble primordial ; face à face ; tour de rôle ; partage de jeux entre enfants ; échange d'objets
L'ergothérapeute A	Expression verbale ; PECS ; gestes ; prendre la main ; regards ; demandes ; bons moments ; rigoler ; période de <i>pairing</i> ; se rendre agréable pour l'enfant ; adaptation de la durée en fonction des capacités de l'enfant ; respect des capacités
L'ergothérapeute B	Jouer ensemble ; communication verbale ; échanges ; relation facile
L'ergothérapeute C	Bienveillance ; communication verbale ou par PECS ; moment convivial autour du jeu ou d'une activité extérieure ; socialisation ; plaisir ; échanges ; nouer des liens ; soirées organisées entre jeunes ; aide des parents

Si les enfants sont non verbaux, des solutions sont mises en place pour qu'ils puissent communiquer avec autrui (PECS, gestes, etc.). Les regards et les gestes semblent avoir une grande importance. Les personnes interrogées parlent d'échanges et de partage entre l'enfant et l'adulte mais aussi entre les enfants. Elles évoquent passer de « *bons moments* » et « *rigoler* » autour du jeu avec les enfants. La relation établie entre l'adulte et l'enfant ou entre les enfants dépend des habiletés sociales de l'enfant, de son évolution actuelle dans ses interactions. Après les gestes et les regards vont venir les échanges, verbaux ou non.

2.5 Question de conclusion

Pour la mère : selon vous, quel genre de jeu serait le plus adapté pour votre enfant ? Pour qu'il puisse par exemple jouer avec son frère ?

Pour les professionnels : selon vous, quel est l'intérêt du jeu dans le cadre d'un accompagnement avec un enfant autiste ? (avantages, inconvénients)

Personnes interrogées	Réponses obtenues
Mme C	Jeux de cartes ; thématique sur les animaux et sur l'histoire ; par rapport aux goûts de l'enfant
La psychomotricienne	Essence même de la prise en charge ; sert de support pour tous les apprentissages ; primordial ; permet de mettre en place le lien avec l'enfant ; permet de travailler tous types de compétences
L'ergothérapeute A	Avantages : possibilité de le détourner ; exhaustif ; passer d'une préhension à une socialisation grâce à un même jeu Inconvénients : jeux parfois rigides ; compliqués à détourner ; trop stimulants au niveau sensoriel
L'ergothérapeute B	Que des avantages : base des apprentissages ; les enfants ne se rendent pas compte qu'ils travaillent ; possibilité de dériver les consignes ; travailler dans différentes positions ; essentiel
L'ergothérapeute C	Avantages : aspect ludique ; le jeune n'a pas l'impression qu'il travaille ; beaucoup de possibilités ; possibilités d'adapter ; de nombreux jeux disponibles Inconvénients : règles parfois peu adaptées

Pour la mère, ces jeux de cartes permettent à ses fils de pouvoir échanger ensemble. Ensuite, tous les professionnels s'accordent pour dire que le jeu peut servir de support pour tous types d'apprentissages, avec les adaptations nécessaires. De plus, grâce à cet aspect ludique, les apprentissages ne s'apparentent pas à du travail mais à du jeu et cela maintient la motivation de l'enfant. Les quelques inconvénients concernent les jeux difficiles à adapter ou étant trop stimulants pour les enfants.

DISCUSSION

Dans cette partie, je confronterai les résultats obtenus avec la problématique théorique, je pourrai ainsi apporter des éléments de réponse à ma question de recherche. Je réaliserai ensuite un retour réflexif sur cette étude, en détaillant ses limites, ses apports et ses perspectives.

1. Confrontation des résultats avec la problématique théorique

1.1 Analyse par rapport au Modèle Ludique (Ferland, 2003)

Les différents comportements de l'enfant par rapport au jeu sont évoqués dans le discours des personnes interrogées. Concernant l'attitude de l'enfant, les personnes en parlent à travers la notion de plaisir, les rires et les sourires, lorsque l'enfant est face à un jeu qui lui plaît. Ces attitudes (prendre du plaisir, rire, sourire) sont nécessaires au jeu et sont impliquées par le jeu. L'attitude dépend de la personne que l'enfant a en face, ainsi que du jeu qu'on lui propose. Ainsi, il aura plus de facilités à agir spontanément avec certaines personnes, et retiendra ses émotions avec d'autres. Par exemple, dans son entretien, la mère raconte que son fils est plutôt réservé mais a plus de facilités à discuter avec sa grand-mère, à lui raconter sa journée par exemple.

L'attitude d'échappement de l'enfant revient dans le discours des ergothérapeutes A et B, ainsi que dans celui de la psychomotricienne. On remarque alors que lorsque l'enfant est face à des difficultés, un échec, ou une frustration, il a tendance à abandonner le jeu et sortir de la pièce.

Les ergothérapeutes A et B s'accordent sur le fait de laisser l'enfant choisir un jeu qu'il apprécie, au moins une fois dans la séance. Cela correspond alors à un moment plus libre qui n'a pas de visée d'apprentissage. La psychomotricienne part quant à elle de ce que propose l'enfant, du jeu qu'il choisit. Elle apporte par la suite des variations à ce même jeu. La mère évoque le fait de devoir proposer voire imposer des jeux à ses enfants, sans quoi ils ne joueraient pas spontanément. La psychomotricienne et l'ergothérapeute A abordent la difficulté pour les enfants autistes de formuler des demandes et ce travail constitue un axe important de leur accompagnement.

D'après les personnes interrogées, chaque enfant autiste va aller spontanément, avec plus ou moins de facilités, vers un jeu qui est le plus souvent sensoriel. Le thérapeute ou le parent vient ensuite le stimuler et apporter des variantes au jeu pour passer, par étapes, du sensoriel au social.

La mère et tous les professionnels interrogés disent se baser sur les intérêts de l'enfant pour choisir le jeu. Les professionnels réalisent en outre des bilans, observations et mises en situations écologiques afin d'identifier les difficultés et capacités de l'enfant et ainsi, proposer un jeu en adéquation avec ce dont l'enfant est capable.

D'après la psychomotricienne, il est primordial de passer par le jeu pour mettre en place un lien avec l'enfant autiste, par la suite, ce jeu sert de support aux autres apprentissages.

Dans l'arrêté du 5 Juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, le jeu apparaît d'ailleurs dans les actes professionnels que l'ergothérapeute peut accomplir : « *Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail (...)* ». (Gouvernement, 2010)

1.2 Analyse par rapport aux théories de l'apprentissage

On remarque premièrement que les techniques d'apprentissage utilisées par les professionnels et la mère correspondent à certaines notions du concept behavioriste (Thorndike et Watson, 1913). Ainsi, avec des formulations différentes, les personnes interrogées parlent de renforcement, de façonnement, de modelage, de routines et d'entraînement. La notion de renforcement est celle qui ressort le plus à travers tous les entretiens. La mère l'évoque notamment sous une formulation différente, elle dit mettre en place un « *système d'économie de jetons* ». Ainsi, au bout d'un certain nombre de jeton, elle donne à son enfant un billet de dix euros avec lequel il peut aller s'acheter ce qui lui fait plaisir. Ensuite, tous les professionnels abordent au moins une fois la notion de renforcement (« *renforçateurs, motivateurs* »), qu'ils utilisent afin de préserver la motivation de l'enfant. Seule l'ergothérapeute B énonce ne pas utiliser spécifiquement de « *système de récompense* ». Cela peut notamment venir du fait qu'elle accompagne deux enfants avec un autisme léger, n'ayant que très peu de difficultés d'interaction ou de troubles du comportement.

En outre, la mère dit dans son entretien : « *Là, en ce moment, nous travaillons sur les livres du CNED, c'est donc structuré et nous suivons des étapes.* ». Ce procédé par étapes correspond au façonnement. Cette notion est également retrouvée dans l'entretien avec la psychomotricienne et l'ergothérapeute B. Concernant l'environnement, la structuration est évoquée par quatre des cinq personnes interrogées. Elles parlent de l'importance de son utilisation, étant donné que c'est un besoin important chez les enfants autistes. Ainsi, la mère et les professionnels structurent les activités, le temps et l'espace afin de permettre à l'enfant avec autisme d'interagir et d'évoluer de manière plus sereine dans son environnement. La mise en place de routines est ensuite évoquée par trois professionnels (la psychomotricienne et les ergothérapeutes A et C), mais de manières différentes. La psychomotricienne considère les routines comme faisant parties intégrantes de sa pratique, afin de permettre à l'enfant d'anticiper grâce à la répétition d'exercices. L'ergothérapeute C rejoint un peu cette idée en décrivant les routines comme l'utilisation d'un même jeu de manière répétée, qu'on peut faire évoluer en fonction de la progression de l'enfant. L'ergothérapeute A parle quant à elle de routines sous formes de suites d'actions que certains enfants ont besoin de réaliser avant de commencer la séance.

On peut ensuite comparer le terme de généralisation à la théorie du constructivisme de Piaget (1923), et plus précisément aux notions d'assimilation, d'accommodation et d'équilibration. Trois des cinq personnes interrogées ont employé le terme de généralisation en le situant comme une étape essentielle dans l'apprentissage des enfants autistes. La généralisation correspond au fait de transférer un apprentissage acquis dans une situation précise, à toutes les situations nouvelles que l'enfant peut rencontrer. Ainsi, l'enfant autiste passe d'une situation connue dans laquelle il peut agir (assimilation) à une situation inconnue, dans laquelle il adapte son action en fonction de son apprentissage antérieur (accommodation). Il acquiert donc de l'expérience et peut réaliser de nouvelles activités (équilibration).

On peut par la suite remarquer que la théorie d'interactionnisme social de Vygotski (1934) se retrouve dans chaque discours. L'ergothérapeute C évoque même directement le terme de « *zone proximale de développement* » de l'enfant en précisant qu'il est important de la respecter afin d'être « *juste au niveau de l'objectif qu'on vise* ». En effet,

en prenant en compte les capacités de l'enfant autiste et en lui proposant des activités plus complexes, tout en restant attentif à ses difficultés, l'adulte respecte cette zone proximale de développement et favorise l'apprentissage de l'enfant. L'instrument psychologique est également mis en avant notamment à travers la grande importance qu'accordent les professionnels à la place des parents. En effet, les parents sont souvent considérés comme étant des co-thérapeutes avec qui les professionnels construisent les objectifs pour l'enfant, et œuvrent ensemble afin de favoriser les apprentissages de l'enfant. En effet, la participation coordonnée des thérapeutes et des parents est essentielle afin que l'enfant autiste puisse apprendre. Par exemple, la psychomotricienne les considère comme « *associés* » et se rend à leur domicile afin de les aider à jouer avec leur enfant, et les ergothérapeutes A et B proposent aux parents des programmes ou protocoles à utiliser à domicile.

Concernant le conflit socio-cognitif, nécessaire à l'apprentissage selon Vygotski, on remarque dans les entretiens qu'il existe des désaccords entre l'enfant et l'adulte, et un échange est parfois mis en place entre eux afin de rechercher des solutions. De cette manière, l'ergothérapeute B dit par exemple « *discuter* » et « *réexpliquer* » à l'enfant autiste afin de trouver une solution et d'adapter l'activité.

On remarque donc que l'enfant autiste, à travers sa progression, commence par imiter puis assimile et s'accommode, puis joue avec un tiers, etc. Ainsi, sa progression passe d'une théorie d'apprentissage à une autre. Ces techniques d'apprentissage correspondent d'ailleurs aux méthodes développées précédemment : l'ABA, le TEACCH et l'ESDM.

Cependant, je remarque que l'ESDM, contrairement à ABA et TEACCH, n'a pas été évoqué dans les entretiens avec les ergothérapeutes. Etant donné qu'en France le diagnostic se fait environ à six ans et qu'il s'agit d'une approche qui concerne les enfants autistes de un an à quatre ans, elle reste en effet encore difficile à mettre en place aujourd'hui. Certains éléments de cette approche restent cependant à considérer comme par exemple : partir de l'intérêt et de l'initiative de l'enfant, effectuer une évaluation précise et régulière de tous les domaines de compétences, réaliser des séances à domicile afin d'intégrer au mieux les parents, évaluer la pratique des professionnels par le *feed-back* vidéo et la liste de compétences des thérapeutes (annexe III), etc.

C'est avec ces différentes techniques d'apprentissage que je vais pouvoir agir en tant qu'ergothérapeute pour favoriser l'apprentissage, des interactions sociales notamment, des enfants autistes.

1.3 Analyse par rapport aux interactions sociales (Allal, 1985)

Les interactions sociales sont une des difficultés premières des enfants autistes. Elles font en effet partie de la triade autistique : les interactions sociales réciproques, les modalités de communication et de langage, un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Les enfants autistes ont notamment des difficultés d'imitation, de regards, de gestes vers autrui, des difficultés à faire des demandes, etc.

Cependant, en fonction de la situation d'évolution de l'enfant, certains éléments correspondants aux caractéristiques des interactions sociales sont décrits par les personnes interrogées.

Concernant l'interaction entre l'enfant et l'adulte, chaque personne interrogée évoque le fait qu'il est plus simple d'interagir avec l'enfant autiste si celui-ci comprend les consignes verbales et peut s'exprimer verbalement. Cependant, des solutions sont trouvées afin que les enfants autistes puissent s'exprimer d'une autre manière (méthode PECS, pictogrammes, gestes, etc.). De plus, l'environnement sonore joue un rôle important dans les interactions sociales. En effet, si l'enfant est particulièrement sensible à un bruit, il ne va pas pouvoir accorder son attention à la personne en face de lui. Cela peut être un bruit qui le dérange, qui va l'angoisser et l'empêcher de pouvoir échanger avec la personne, ou alors un bruit qu'il apprécie particulièrement, sur lequel il va se concentrer et qui va le couper de la relation. L'ergothérapeute A l'illustre en disant que lorsqu'un jeu fait un certain bruit : *« du moment où c'est allumé, ils ne sont plus du tout présents (...) ils sont dans leur monde »*. Pour donner un autre exemple, dans son entretien la psychomotricienne dit : *« il ne supportait pas la chanson joyeux anniversaire, il ne supportait pas, il se mettait à crier et il partait. »*.

L'interaction entre l'enfant et l'activité est également importante à prendre en compte. Notamment le respect de la durée de l'activité. On trouve dans les entretiens une différence d'expérience à ce sujet entre les professionnels et la mère interrogés. En effet, la psychomotricienne et l'ergothérapeute A s'accordent sur le fait de devoir adapter la

durée de l'activité en fonction des capacités attentionnelles de l'enfant autiste. L'ergothérapeute A l'illustre ainsi : « *Si l'enfant a un trouble de l'attention et qu'on sait qu'il va se concentrer pas plus de cinq minutes, on essaie de pas proposer tout de suite des activités qui vont faire plus de 5 minutes. Donc en fait ils respectent la durée mais aussi parce que nous, on adapte la durée à ce qu'on sait qu'il est capable de faire.* »

Tandis que la mère dit plutôt de son fils qu'il est « *persévérant* » et « *lorsqu'il a une tâche à faire, il veut aller jusqu'au bout et la terminer.* ».

Enfin, l'interaction entre enfants est également importante à observer. L'ergothérapeute A aborde notamment le fait que pour les jeux en groupe, elle choisit des enfants autistes étant déjà dans une étape de socialisation. En effet, elle privilégie d'abord un travail adulte/enfant lorsque l'enfant a tendance à « *repousser les mains (...) sauter sur l'autre pour prendre le dé* », etc. Ensuite, certaines personnes interrogées relatent quelques moments durant lesquels les enfants échangent ensemble et partagent le jeu. Par exemple, la mère évoque qu'à certains moments ses fils « *échangent bien* », « *ils partagent vraiment l'activité* », notamment sur des films ou des vidéos Youtube®. Elle notifie cependant que cela se passe sur un temps assez court. Un autre exemple avec l'ergothérapeute C : « *ils peuvent se faire des soirées pizzas ou des soirées au cinéma (...) c'est un bon moment, ça les aide à créer du lien* ». Elle évoque en outre que ces moments sont prévus avec l'aide des parents, notamment pour l'invitation, qui reste difficile pour les enfants autistes.

2. Éléments de réponse à la question de recherche

L'analyse et la confrontation des résultats aux problématiques théoriques et pratiques m'ont permis de dégager des éléments de réponse à ma question de recherche, qui était : **comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'apprentissage des interactions sociales des enfants autistes à travers le jeu ?**

Premièrement, l'ergothérapeute réalise des évaluations et des observations grâce à certains bilans et des mises en situations écologiques, afin d'identifier les capacités et difficultés de l'enfant autiste. Il recherche également à repérer les goûts de l'enfant, ses intérêts, afin de lui proposer un jeu adapté.

L'apprentissage des interactions sociales est plutôt considéré comme un but général pour l'enfant autiste. En effet, grâce au jeu, quel que soit l'objectif travaillé, le « *jouer*

ensemble », les échanges et le partage, impliqués par le jeu, participent à l'apprentissage des interactions sociales. Ainsi, l'interaction sociale peut se travailler à travers d'autres objectifs comme par exemple, améliorer les préhensions fines. Ce travail de préhensions fines permet d'ailleurs à l'enfant d'acquérir une certaine indépendance, de pouvoir manger seul, s'habiller seul, et donc à terme de se sociabiliser plus facilement, ce qui fait partie du rôle de l'ergothérapeute.

Cependant, l'objectif peut parfois être directement lié à l'amélioration des interactions sociales. Ainsi, le jeu sert de support pour inciter l'enfant à faire des demandes, travailler le tour de rôle, partager le matériel, etc.

L'ergothérapeute peut ensuite utiliser différentes approches ou méthodes d'intervention comme ABA, TEACCH, ou PECS par exemple, en utilisant le principe de structuration et en intégrant des techniques issues des théories de l'apprentissage tels que le renforcement, le façonnement, le respect de la zone proximale de développement, etc., tout en gardant le jeu comme support. Tout cela afin de préserver la motivation de l'enfant et favoriser son implication dans le jeu, et donc dans l'apprentissage des interactions sociales. L'ESDM nécessite quant à lui d'accompagner des enfants de un à quatre ans et comme dit précédemment, le manque de diagnostic précoce ne permet donc pas encore de pouvoir généraliser cette approche.

La collaboration entre l'ergothérapeute et les parents apparaît essentielle dans l'accompagnement des enfants autistes (échanges, co-construction des objectifs, programmes à domicile, etc.). Ainsi, les parents participent activement et favorisent la pérennisation des progrès de leur enfant. De plus, Sophie Mercatand, ergothérapeute et mère d'un enfant autiste, évoque dans une présentation (2013), que les parents attendent de la part des professionnels d'être considérés comme des « *co-thérapeutes* ».

Une cohérence des pratiques entre les différents professionnels intervenant auprès de l'enfant autiste est également à prioriser. Ainsi, l'ergothérapeute travaille en lien et échange régulièrement avec les différents professionnels (psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, etc.) pour favoriser une complémentarité nécessaire au bien-être et à la progression de l'enfant autiste.

Ensuite, pourquoi choisir le jeu en particulier ? Le jeu en soi offre déjà une grande diversité de possibilités. De plus, l'ergothérapeute peut, avec un peu de créativité, adapter les supports, mais aussi les règles du jeu, pour correspondre au profil de l'enfant autiste qu'il accompagne. Ainsi, un même jeu peut être modifié afin de moduler les niveaux de difficultés en fonction de la progression de l'enfant. Le jeu, basé sur les intérêts de l'enfant autiste, permet d'instaurer un lien, une relation de confiance. Il propose également à l'enfant diverses possibilités pour améliorer ses capacités d'imitation, faire des demandes, regarder autrui, partager, etc., et donc développer ses interactions sociales. De plus, grâce à l'aspect ludique, l'enfant ne se rend pas compte qu'il travaille. Ainsi, le jeu peut permettre à l'enfant d'arriver par étapes à passer d'une activité sensori-motrice à une activité sociale.

3. Limites de l'étude

Mon étude se base sur un échantillon de cinq personnes, ainsi, même si cela permet d'obtenir un aperçu des pratiques, ce n'est pas généralisable. En effet, on ne peut pas conclure que tous les professionnels travaillent de cette façon avec les enfants autistes qu'ils accompagnent, ou que chaque parent interagit de cette manière avec son enfant.

Ensuite, concernant l'approche clinique des entretiens, je me suis rendue compte que la mère et les deux types de professionnels interrogés avaient parfois plus de difficultés à s'exprimer sur certaines questions, je serai donc vigilante sur la qualité des questions posées dans une éventuelle étude ultérieure.

Enfin, tous les entretiens ont été réalisés par téléphone, par conséquent la compréhension et la spontanéité des personnes interrogées n'était peut être pas optimales. J'aurais probablement pu parvenir à une meilleure qualité d'échange si j'avais pu rencontrer les personnes en face à face ou par Skype®.

4. Apports et perspectives de l'étude

À travers ce travail d'initiation à la recherche, j'ai pu mener une réflexion sur un sujet qui me questionnait réellement et que je souhaitais approfondir. J'ai également pu apprendre et appliquer une méthodologie de recherche que je pourrai réutiliser à l'avenir, si l'occasion se présente. Ensuite, j'ai pu approfondir mes connaissances sur

l'autisme et sur la pratique en ergothérapie, et cela m'a permis de confirmer mon envie d'accompagner des enfants avec autisme dans ma vie professionnelle à venir.

J'ai également pu développer une approche encore peu exploitée en France, l'Early Start Denver Model ou Modèle d'intervention précoce de Denver. J'aimerais que mon travail d'initiation à la recherche puisse mettre cette approche un peu plus en lumière et peut-être donner envie à d'autres étudiants ou professionnels d'explorer des domaines où l'ergothérapie n'est pas encore bien représentée en France, comme par exemple, les crèches inclusives, les services d'anorexie mentale ou les services d'oncologie.

CONCLUSION

Les enfants autistes ont des difficultés dans les interactions sociales réciproques, la communication et le langage et présentent un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Or, l'interaction sociale est nécessaire à l'enfant et sert de fondement pour les autres apprentissages. Elle contribue ainsi à son développement.

Cette réflexion m'a permis de définir l'objectif de mon étude, c'est-à-dire, identifier comment l'ergothérapeute peut favoriser l'apprentissage des interactions sociales des enfants autistes à travers le jeu.

L'utilisation d'une méthode clinique m'a permis d'identifier les éléments importants de la pratique des ergothérapeutes auprès des enfants autistes. Les ergothérapeutes interrogés ont notamment souligné l'importance de se baser sur l'intérêt de l'enfant autiste, favoriser un apprentissage structuré, assurer une cohérence entre professionnels et considérer les parents comme co-thérapeutes. De plus, grâce à l'utilisation du jeu dans des conditions d'apprentissage adaptées aux besoins des enfants autistes, l'ergothérapeute peut favoriser le développement de leurs capacités relationnelles et d'interaction.

J'ai également pu remarquer que le diagnostic en France ne se fait qu'à partir d'environ six ans, et que les ergothérapeutes interviennent plutôt auprès d'enfants âgés de huit/dix ans au minimum. Or, les enfants autistes doivent bénéficier d'un diagnostic assez précoce pour que tous professionnels puissent agir au mieux. L'ergothérapeute a toute sa place dans cet accompagnement, notamment par son approche comportementaliste et sa vision holistique.

L'Early Start Denver Model me paraît être une approche à développer, ou du moins, à laquelle s'intéresser. Notamment concernant l'évaluation de la pratique des professionnels par la liste de compétences et le *feed-back* vidéo, qui rentre en ligne de compte par rapport aux évaluations de la pratique professionnelle, que l'on peut retrouver par exemple dans le portfolio de stage des étudiants.

Beaucoup de choses restent à développer dans l'autisme, et j'espère pouvoir exercer et m'exprimer pleinement dans ce domaine humainement riche, où il est possible d'agir pour le bien-être des enfants autistes.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- Alau, A. (2012). Le bilan ergo en 7 questions. *Déclic* (148), 60-61.
- Allal, L. (1985). Processus de régulation interactive dans le cadre d'un jeu de mathématique à l'école primaire. *Revue internationale de psychologie appliquée* (34), 83-104.
- Bursztejn, C., Baghdadli, A., Lazartigues, A., Philippe, A., Sibertin-Blanc, D. (2007). Vers un dépistage précoce de l'autisme. *Le carnet psy* (75), 48.
- Chamak, B. (2010). Autisme : des représentations multiples, sources de controverses. *Enfances & Psy* (47), 150-158.
- Chamak, B. (2010). L'autisme : surestimation des origines génétiques. *Médecine/Sciences* (26), 659-662.
- Corsello, C.M. (2005). Early Intervention in Autism. *Infants & Young Children*, 18, (2), 74-85.
- Degenne, A. (2009). Types d'interactions, formes de confiance et relations. *REDES*.
- Dufour, C. (2011). Le suivi précoce en ergothérapie : intérêts et enjeux. *ErgOTHérapies (ANFE)* (42), 5-18.
- Fulton, E., Eapen, V., Crncec, R., Walter, A. et Rogers, S. J. (2014). Reducing maladaptive behaviors in preschool-aged children with autism spectrum disorder using the Early Start Denver Model. *Frontiers in Pediatrics*, 2 (40), 1-10.
- Jamain, S., Betancur, C., Giros, B., Leboyer, M., Bourgeron, T. (2003). La génétique de l'autisme. *M/S : médecine sciences*, 19, (11), 1081-1090.
- Kaeser, S. et Dufour, C. (2013). Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle. *ErgOTHérapies* (49), 13-20.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* (2), 217-250.
- Magerotte, G. (2002). Intervention précoce et qualité de vie de la famille dans le cas de l'autisme. *Enfance* (54), 31-39.
- Orvoine, C. (2012). Une approche spécifique de la sensorimotricité proposée en ergothérapie : l'intégration sensorielle. *Kinésithérapie, la Revue* (12), 80-83.

- Rogé, B. (2014). Le modèle de Denver. *Déclic* (161), 52-53.
- Rogers, S. J. et al. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM) – Based Parent Intervention on Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorders : A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (10), 1052-1065.
- Rogers, S. J. et al. (2010). Randomized, Controlled Trial of an Intervention for toddlers with Autism : The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125, (1), 17-23.
- Schiffmann, S. N (2001). Le cerveau en constante reconstruction : le concept de la plasticité cérébrale. *Cahiers de psychologie clinique* (16), 11-23.
- Schröder, C.M., Florence, E., Dubrovskaya, A. et al. (2015). Le modèle de Denver (Early Start Denver Model) : une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (63), 279-287.

Livres, rapports, publications gouvernementales

- Adrien, J.-L., Gattegno, M.-P (2011). *L'autisme de l'enfant : évaluations, interventions et suivis*. Paris : Mardaga.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Ayres, A.J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Barus-Michel, J., Enriquez, E., Levy, A. avec la participation de Marc E. et Picard D. (2011). *Vocabulaire de psychosociologie*. Erès.
- Imbs, P., Quemada, B. (1971-1994). *Le trésor de la langue française*. Paris : Editions du CNRD/Gallimard.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2013). Troisième plan autisme 2013 - 2017. Repéré à <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf>
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : SOLAL Editeur.

Legifrance. (2010). Article R4331-1 de l'arrêté du 5 Juillet 2010. Repéré à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914146&dateTexte=&categorieLien=cid>

Legifrance. (2005). Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Repéré à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

Rogé, B., Barthélémy, C., Magerotte, G. ARAPI (2008). *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes*. Paris : Dunod.

Rogers, S. J., Dawson, G. (2009). *Early Start Denver Model for young children with autism : promoting language, learning, and engagement*. New York : The Guilford Press.

Rogers, S. J., Dawson, G. traduit de l'anglais par Rogé, B. (2013). *L'intervention précoce en autisme : le modèle de Denver pour jeunes enfants*. Paris : Dunod.

Tapu, C. S. (2001). *Hypostatic Personality: Psychopathology of Doing and Being Made*. Roumanie : Premier.

Dictionnaires et encyclopédies

Green, J. (2012). Intervention précoce pour l'autisme. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Repéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/47/intervention-precoce-pour-lautisme.pdf>

Encyclopédie Larousse. (2014). L'apprentissage. Repéré à

<http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/apprentissage/22390>

Mémoires et thèses

Bourgueil, O. (2004). *Formation d'enfants de deux groupes d'âge à l'implémentation des techniques d'entraînement aux réponses pivots (Pivotal Response Training – PRT) afin d'augmenter les compétences sociales d'un enfant avec autisme*. DESS de Psychologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Lille.

Stancill, M. (2009). *Le pecs : quel apport dans notre accompagnement de la personne autiste ?* Institut de Formation en Ergothérapie, Montpellier.

Grisoni, M. (2007). *L'autisme : la relation famille et professionnels de santé, quel chemin à parcourir pour une meilleure coopération ?* Institut de formation des Cadres de Santé, Montpellier.

Communications présentées à des congrès ou des conférences

Dechambre D. (20/10/2016). Autisme et ergothérapie : compréhension, évaluation et intervention. *Cours magistral à l'institut universitaire de formation en ergothérapie d'Auvergne*. Cébazat, France.

Grisoni M. (01/10/2010). La formation des parents et accompagnants d'enfants autistes : un référentiel. *Expériences en ergothérapie*. Montpellier, France.

Mercatand S. (2013). Elever un enfant porteur d'un TED en France. *Cours magistral à l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier*. Montpellier, France.

Rogé, B. (14/11/2011). Autisme : importance du diagnostic précoce et des prises en charge précoces. *Autismes et prises en charge comportementales*. Arcachon, France.

Pages Web, documents sur Internet

Association Agir pour l'Autisme. (n.d.). TEACCH. Repéré à

<http://www.agirpourelautisme.com/teacch>

Association Autisme Apprendre Autrement. (n.d.). Qu'est ce que l'ABA ? Repéré à

http://www.abaautisme.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3&Itemid=3

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (n.d.). L'ergothérapie et le trouble du spectre de l'autisme. Repéré à <http://www.caot.ca/otmonth/ErgoetTSA.pdf>

Association Nationale des Centres Ressources Autisme. (n.d.). Les Centres Ressources Autisme. Repéré à <http://www.autismes.fr/fr/les-cra.html>

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2016). Définition de la profession. Repéré à <http://anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

Association Pro Aid Autisme. (n.d.). Qu'est ce que TEACCH ? Repéré à

<http://proaidautisme.org/le-programme-teacch/>

- Bense Ferreira Alves, C. et Hammou, K. (2007). Interaction. Repéré à <http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/157-interaction>
- Boudot, A. (2013). Rôle et place de l'ergothérapeute au sein d'une crèche. Repéré à <http://www.enfant-different.org/la-creche/ergotherapie-en-creche>
- Centre de Ressources Autisme Ile de France. (n.d.). Qu'est ce que l'autisme ? Repéré à <http://www.craif.org/6-generalites.html>
- Fuentes, J., Bakare, M., Munir, K., Aguayo, P., Gaddour, N., Öner, Ö., Mercadante, M. (2012). Manuel de la IACAPAP pour la Santé Mentale de l'Enfant et de l'Adolescent : Troubles du spectre autistique. Repéré à <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C2-ASDs-FRENCH-2014.pdf>
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2005). Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/autisme_rap.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2010). Etat des connaissances : Autisme et autres troubles envahissants du développement. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_etat_des_connaissances_synthese.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS) et Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) (2012). Recommandations de bonnes pratiques pour les enfants et adolescents autistes ou TED. Repéré à [http://www.autisme-france.fr/offres/doc inline_src/577/Brochure+recommandations+der.pdf](http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Brochure+recommandations+der.pdf)
- Pirotton, G. (n.d.). Notes de lecture : la Construction de l'Intelligence dans l'Interaction Sociale de Perret-Clermont A.-N. Repéré à <http://users.skynet.be/gerard.piroton/Textes-site-DW08/Construc-Soc-Intelligence-AN-PC-present-ligne.pdf>

ANNEXES

Annexe I : Critères diagnostiques de l'autisme (HAS, 2010)

Annexe II : Liste de contrôle de compétences de l'Early Start Denver Model (niveau 1)

Annexe III : Compétences évaluées chez les thérapeutes dans l'Early Start Denver Model

Annexe IV : Illustration d'un Time Timer®

Annexe V : Questionnaire préalable

Annexe VI : Matrice théorique

Annexe VII : Grille d'entretien

Annexe VIII : Retranscriptions des entretiens

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'autisme infantile et des autres troubles envahissants du développement

Tableau 1. Critères diagnostiques de l'autisme infantile (F84.0)

CIM-10
<p>A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ;2) Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques ;3) Jeu fonctionnel ou symbolique.
<p>B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :<ol style="list-style-type: none">a) Absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales,b) Incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions,c) Manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui, ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs,d) Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple, ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent) ;2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :<ol style="list-style-type: none">a) Retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique,b) Incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint),c) Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases,d) Absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou, dans le jeune âge, absence de jeu d'imitation sociale ;3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :<ol style="list-style-type: none">a) Préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation,b) Adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels,c) Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps),d) Préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple, leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).

Tableau 1 (suite). Critères diagnostiques de l'autisme infantile (F84.0)

CIM-10

C. Le tableau clinique n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement : trouble spécifique de l'acquisition du langage, versant réceptif (F80.2), avec des problèmes socio-émotionnels secondaires ; trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) ou trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2) ; retard mental (F70-F72) avec quelques perturbations des émotions ou du comportement ; schizophrénie (F20) de survenue inhabituellement précoce ; syndrome de Rett (F84.2).

Tableau 2. Critères diagnostiques de l'autisme atypique (F84.1)

CIM-10

A. Présence, à partir de l'âge de 3 ans ou plus tard, d'anomalies ou d'altérations du développement (mêmes critères que pour l'autisme sauf en ce qui concerne l'âge d'apparition).

B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés).

C. Ne répond pas aux critères diagnostiques de l'autisme (F84.0).

L'autisme peut être atypique par l'âge de survenue (F84.10), ou par sa symptomatologie (F84.11). Dans le domaine de la recherche, les deux types peuvent être différenciés par le cinquième caractère du code. Les syndromes atypiques par ces deux aspects sont à classer sous F84.12.

Atypicité par l'âge de survenue

A. Ne répond pas au critère A de l'autisme : l'anomalie ou l'altération du développement est évidente seulement à partir de l'âge de 3 ans ou plus tard.

B. Répond aux critères B et C de l'autisme (F84.0).

Atypicité par la symptomatologie

A. Répond au critère A de l'autisme : l'anomalie ou l'altération du développement est évidente avant l'âge de 3 ans.

B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés).

C. Répond au critère C de l'autisme.

D. Ne répond pas entièrement au critère B de l'autisme (F84.0).

Atypicité par l'âge de début et la symptomatologie

A. Ne répond pas au critère A de l'autisme : l'anomalie ou l'altération du développement est évidente seulement à partir de l'âge de 3 ans ou plus tard.

B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés).

C. Répond au critère C de l'autisme.

D. Ne répond pas entièrement au critère B de l'autisme (F84.0).

Tableau 3. Critères diagnostiques du syndrome de Rett (F84.2)

CIM-10

- A. La période prénatale et périnatale et le développement psychomoteur au cours des 5 premiers mois sont apparemment normaux et le périmètre crânien est normal à la naissance.**
- B. Décélération de la croissance crânienne entre 5 mois et 4 ans et perte, entre 5 et 30 mois, des compétences fonctionnelles manuelles intentionnelles acquises, associées à une perturbation concomitante de la communication et des interactions sociales et à l'apparition d'une démarche mal coordonnée et instable ou d'une instabilité du tronc.**
- C. Présence d'une altération grave du langage, versant expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère.**
- D. Mouvements stéréotypés des mains sur la ligne médiane (par exemple, torsion ou lavage des mains), apparaissant au moment de la perte des mouvements intentionnels des mains ou plus tard.**

Tableau 4. Critères diagnostiques de l'« autre trouble désintégratif de l'enfance » (F84.3)

CIM-10

- A. Développement apparemment normal jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans. La présence des acquisitions normales, en rapport avec l'âge, dans le domaine de la communication, des relations sociales et du jeu, est nécessaire au diagnostic, de même qu'un comportement adaptatif correspondant à un âge de 2 ans ou plus.**
- B. Perte manifeste des acquisitions antérieures, à peu près au moment du début du trouble. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une perte cliniquement significative des acquisitions (et pas seulement d'une incapacité à utiliser ces dernières dans certaines situations) dans au moins deux des domaines suivants :**
 - 1) Langage, versant expressif ou réceptif ;
 - 2) Jeu ;
 - 3) Compétences sociales ou comportement adaptatif ;
 - 4) Contrôle sphinctérien, vésical ou anal ;
 - 5) Capacités motrices.
- C. Fonctionnement social qualitativement anormal, manifeste dans au moins deux des domaines suivants :**
 - 1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques (du type de celles définies pour l'autisme) ;
 - 2) Altérations qualitatives de la communication (du type de celles définies pour l'autisme) ;
 - 3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités s'accompagnant de stéréotypies motrices et de maniérismes ;
 - 4) Perte générale de l'intérêt pour les objets et pour l'environnement.
- D. Le trouble n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement, à une aphasie acquise avec épilepsie (F80.6), à un mutisme électif (F94.0), à un syndrome de Rett (F84.2) ou à une schizophrénie (F20.-).**

Tableau 5. Critères diagnostiques du syndrome d'Asperger (F84.5)

CIM-10

A. Absence de tout retard général, cliniquement significatif, du langage (versant expressif ou réceptif), ou du développement cognitif. L'acquisition de mots isolés vers l'âge de 2 ans ou avant et l'utilisation de phrases communicatives à l'âge de 3 ans ou avant sont nécessaires au diagnostic. L'autonomie, le comportement adaptatif et la curiosité pour l'environnement au cours des 3 premières années doivent être d'un niveau compatible avec un développement intellectuel normal. Les étapes du développement moteur peuvent être toutefois quelque peu retardées et la présence d'une maladresse motrice est habituelle (mais non obligatoire pour le diagnostic). L'enfant a souvent des capacités particulières isolées, fréquemment en rapport avec des préoccupations anormales, mais ceci n'est pas exigé pour le diagnostic.

B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques (mêmes critères que pour l'autisme).

C. Caractère inhabituellement intense et limité des intérêts ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais les maniérismes moteurs ou les préoccupations pour certaines parties d'un objet ou pour des éléments non fonctionnels de matériels de jeu sont moins fréquents).

D. Le trouble n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement, à une schizophrénie simple (F20.6), à un trouble schizotypique (F21), à un trouble obsessionnel-compulsif (F42.-), à une personnalité anankastique (F60.5), à un trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1), à un trouble de l'attachement de l'enfance, avec désinhibition (F94.2).

Annexe II : Liste de contrôle de compétences de l'Early Start Denver Model (niveau 1)
(2013)

Communication réceptive

1. Localise les sons en se tournant vers la source sonore.
2. Regarde vers les sons amusants (bruits de pets, sifflements).
3. Répond à la voix en se tournant vers la personne.
4. Regarde les images indiquées quand l'adulte les pointe du doigt dans un livre.
5. Suit un pointé proximal pour placer des objets dans des récipients, des pièces d'un puzzle...
6. Regarde quand on lui montre un objet en lui disant « X, regarde ».
7. Regarde vers son partenaire quand il l'appelle par son nom.
8. Suit le pointé proximal vers un objet ou un endroit.
9. Suit le pointé distal pour récupérer un jouet.
10. Regarde, tend les bras ou sourit en réponse aux gestes et à la voix de l'adulte dans les jeux sociaux.
11. Regarde, tend les bras, sourit et/ou fait des gestes en réponse aux gestes et aux paroles de l'adulte dans des comptines.
12. Répond à des mots d'interdiction (« non », « arrête ») en arrêtant momentanément ses actions.
13. Donne l'objet demandé verbalement si l'adulte accompagne cette demande d'une main tendue.
14. Exécute une consigne verbale courante en une étape impliquant des actions du corps couplées à une indication verbale/gestuelle.
15. Exécute une consigne verbale courante en une étape impliquant des actions du corps sans accompagnement gestuel.

Communication expressive

1. Tend les bras vers sa cible pour exprimer une demande.
2. Vocalise intentionnellement.
3. « Demande » de l'aide en tendant l'objet à l'adulte.
4. Échange tour à tour des vocalisations avec un partenaire de communication.

5. Exprime un refus en repoussant l'objet au loin ou en le rendant à une autre personne.
6. Pointe du doigt de près pour réclamer un objet désiré.
7. Etablit un contact visuel pour obtenir l'objet désiré lorsque l'adulte lui barre le passage/retient l'objet désiré.
8. Pointe du doigt pour indiquer un choix entre deux objets.
9. Associe une vocalisation et le regard pour une demande intentionnelle.
10. Pointe du doigt à distance pour demander un objet désiré.
11. Pointe du doigt à distance pour indiquer un choix entre deux objets.
12. Vocalise des syllabes répétitives (Consonne-Voyelle-Consonne-Voyelle (CVCV) répétées) en babillant (pas nécessairement par approximations de mots).
13. Produit cinq consonnes ou plus dans des vocalisations spontanées.
14. Produit des syllabes (CVCV avec des séquences CV différentes) : babillage panaché.

Habiletés sociales

1. Accepte de brèves activités sociales à caractère sensoriel et le contact.
2. Utilise l'incitation motrice pour initier ou poursuivre une routine sociale sensorielle.
3. Prête brièvement attention à une autre personne par le contact visuel.
4. Maintient son engagement dans les routines sociales sensorielles pendant deux minutes.
5. Réagit aux objets/activités préférés par regard, les bras tendus, des sourires et des mouvements.
6. Observe et s'engage avec l'adulte qui l'imité dans des activités de jeux parallèles avec des jouets.
7. Possède un répertoire de 5-10 jeux sociaux sensoriels.
8. Répond aux salutations en regardant, se retournant.
9. Répond aux salutations par un geste ou une vocalisation.
10. Echange des sourires avec son partenaire pendant un jeu coordonné.

Imitation

1. Imité 8-10 actions simples (une étape) avec objets.

2. Imiter 10 mouvements impliquant des parties visibles de son corps dans des routines de chant/jeu.
3. Imiter 6 mouvements sur des parties non visibles de son corps (tête, visage) dans les routines de chant/jeu.
4. Imiter 6 mouvements oraux-faciaux.

Compétences de jeu

1. Adapter son comportement à la nature de cinq objets différents.
2. Jouer de façon autonome et de manière appropriée avec 10 jouets dont l'utilisation est simple (une action).
3. Jouer de façon autonome avec des jouets demandant la répétition de la même action sur des objets variés (pyramide d'anneaux, coupes qui s'emboîtent).
4. Présenter des comportements de jeu appropriés avec une variété de jouets simples pour jeunes enfants : lancer une balle, empiler des cubes, mettre des bâtonnets dans des trous, faire rouler une voiture.
5. Jouer de façon autonome avec des jouets impliquant deux actions motrices différentes (enlever, mettre dedans).
6. Jouer de façon autonome avec des jouets demandant plusieurs actions différentes (mettre dedans, ouvrir, enlever, fermer).
7. Présenter des actions conventionnelles sur sa personne avec une série d'objets.
8. Terminer le jeu et le ranger.

Compétences cognitives

1. Appairer/trier des objets identiques.
2. Appairer/trier des images identiques.
3. Appairer/trier des images avec des objets.
4. Appairer/trier des objets par couleur.

Compétences de motricité fine

1. Placer une à deux formes dans un trieur de formes.
2. Placer des anneaux sur leur socle pour les empiler.
3. Assembler trois pièces d'un puzzle avec des poignées en bois.
4. Placer des bâtonnets dans une planchette à trous.

5. Appuie sur les boutons de cinq jouets de cause à effet différents.
6. Sépare des perles qui s'emboîtent, des Duplos®...
7. Saisit les objets avec la pince digitale ou avec trois doigts selon ce qui est approprié à l'objet.
8. Empile trois gros cubes pour faire une tour (ou gobelets empilables).
9. Fait des marques, des lignes, des gribouillages et des points avec des feutres/crayons de couleur.
10. Tape avec le marteau jouet sur les balles, les chevilles...
11. Recueille avec une pelle, ratisse, verse du sable, de l'eau, du riz...
12. Empile de gros Lego.

Compétences de motricité globale

1. Donne des coups de pied dans un gros ballon.
2. Monte et descend des marches avec un soutien, sans alterner les pieds.
3. Grimpe à un ou deux barreaux de la petite échelle d'un toboggan.
4. Monte et descend des éléments d'ameublement.
5. Se protège lorsqu'il perd l'équilibre.
6. Contourne les objets au sol plutôt que de marcher dessus.
7. Lance une balle et des sacs de graines dans n'importe quelle direction.
8. Fait rouler une balle vers une autre personne et la reçoit à son tour.

Compétences dans les comportements adaptatifs

1. Présente seulement quelques difficultés sévères du comportement.
2. S'assoit sur une chaise ou reste en face de l'adulte pendant des activités agréables sans difficultés pendant 1 à 2 minutes.
3. S'engage volontiers dans des jeux simples sur une chaise ou au sol avec l'adulte pendant 5 minutes.
4. Tolère la proximité de l'adulte et l'interaction (avec des demandes minimales) sans comportement problématique pour une durée de 20 minutes.
5. Interagit de manière appropriée avec les membres de sa famille (c'est-à-dire, sans agressivité ni autres interactions inappropriées).

Autonomie personnelle : le repas

1. Mange à table pendant les repas et pour ses goûters.
2. Mange son repas de façon autonome.
3. Utilise un verre.
4. Utilise une cuillère.
5. Utilise une fourchette.
6. Mange des aliments variés par la texture, le type et le groupe d'aliments.
7. Tolère les aliments nouveaux sur son assiette.
8. Boit avec une paille.

Autonomie personnelle : l'habillement

9. Enlève tous ses vêtements avec de l'aide.
10. Met tous ses vêtements avec de l'aide.

Autonomie personnelle : l'hygiène

11. Met ses mains sous l'eau qui coule.
12. S'essuie les mains avec une serviette.
13. Se frotte le corps avec un gant de toilette, avec une serviette.
14. Tolère le peigne, le mouchoir et le brossage de dents.
15. Aide avec la brosse à cheveux/le peigne.
16. Met la brosse à dents dans sa bouche.

Autonomie personnelle : tâches ménagères

17. Met ses affaires sales dans le panier à linge.
18. Met ses papiers à la poubelle.

Annexe III : Compétences évaluées chez les thérapeutes dans l'Early Start Denver Model
(2013)

- Gestion de l'attention de l'enfant
- Qualité de l'enseignement comportemental (format A B C)
- Application des techniques d'enseignement
- Capacité à moduler les émotions et le niveau de l'éveil de l'enfant
- Gestion des comportements indésirables
- Qualité de l'engagement dyadique
- Optimisation de la motivation de l'enfant
- Utilisation de l'affect positif
- Sensibilité et réceptivité aux signaux communicatifs de l'enfant
- Opportunités de communication multiples et variées
- Adéquation du langage
- Structure et élaboration de l'activité conjointe
- Transitions entre les activités

Annexe IV : Illustration d'un Time Timer®



Annexe V : Questionnaire préalable

Ergothérapeute 1 (par mail)

- Quelle est la moyenne d'âge des enfants autistes que vous accompagnez ?

Moyenne 9-12 (avec des très jeunes, et évidemment des plus âgés)

- Sur quelles méthodes vous appuyez-vous pour ces accompagnements ?

Programme TEACCH essentiellement

- Avec qui travaillez-vous (professionnels de santé, entourage de l'enfant) ?

Ortho (j'essaie), mais beaucoup les éducateurs

- Quels sont vos objectifs généraux avec ces enfants (scolarisation, propreté, repas etc.) ?

Compétences de motricité fine

Ergothérapeute 2 (par mail)

Le programme Denver est très intéressant, mais actuellement en France de nombreux obstacles freinent son développement:

- Peu de littérature en Français
- Diagnostic encore trop tardif des enfants par rapport aux standards de l'ESDM (problématique également au Québec)
- Manque crucial de formations....
- Et pour les ergos, les psychomots ont la préférence des services dans l'accompagnement des enfants.

Pour répondre directement à vos questions:

- Quelle est la moyenne d'âge des enfants autistes que vous accompagnez ?

A l'heure actuelle, je n'accompagne pas directement les enfants, je dirige une association en faveur de personnes autistes. Nous suivons des enfants à partir de 3 ans. L'insuffisance de diagnostics précoces engendre une concurrence des services...

- Sur quelles méthodes vous appuyez-vous pour ces accompagnements ?

Nous utilisons principalement le TEACCH, l'ABA, un peu d'intégration sensorielle, les TCC

- Avec qui travaillez-vous (professionnels de santé, entourage de l'enfant) ?

Cela dépend des problématiques, du degré de sévérité de l'autisme. La prise en charge précoce est un travail difficile, les parents ont du mal à accepter et/ou comprendre les enjeux des interventions et au moindre progrès arrêtent. Nous travaillons avec un réseau de professionnels en libéral, l'Éducation Nationale et les ESMS, parfois l'hôpital de jour.

- Quels sont vos objectifs généraux avec ces enfants (scolarisation, propreté, repas etc.) ?

En ce qui concerne la PEC précoce, il s'agit d'apprendre à apprendre (attention conjointe, imitation et collaboration), de communiquer, d'avoir un comportement en relation avec les attendus, d'interagir de manière adaptée avec l'environnement. La scolarisation ne dépend pas malheureusement de niveau de l'enfant, mais de la capacité des enseignants à inclure les élèves, l'autonomie est importante mais le paradoxe avec un enfant autiste est que trop d'autonomie peut nuire car il agit pour obtenir ce qu'il veut sans interaction avec l'entourage... L'ergo doit être consciente de ces enjeux pour ne pas passer à côté du cœur du handicap les relations sociales.

Le Modèle Ludique de Francine Ferland (2003)

Critères	Indicateurs	Indices
<u>Attitude</u>	Conduite nécessaire au jeu ou impliquée par le jeu	L'enfant prend du plaisir dans le jeu
		L'enfant s'intéresse à ce qu'on lui propose, est curieux
		L'enfant rit, sourit, fait preuve de sens de l'humour
		L'enfant agit spontanément, ne retient pas ses émotions
<u>Action</u>	Adapter l'activité à ses possibilités	L'enfant n'abandonne pas l'activité
		L'enfant utilise ses capacités
		L'enfant choisit son jeu
	Réagir devant l'impossibilité de l'accomplir	L'enfant s'énerve, pleure
		L'enfant demande de l'aide
		L'enfant demande un autre jeu
<u>Intérêt</u>	Attirance	L'enfant est spontanément attiré par le jeu
		Le thérapeute doit le stimuler
		L'ergothérapeute se base sur les intérêts de l'enfant ainsi que ses capacités et difficultés
	Désir de faire	L'enfant montre son envie de faire, exprime des demandes
	Plaisir de faire	L'enfant montre son plaisir de faire, il sourit/rit

Question 3

Les théories de l'apprentissage

Critères	Indicateurs	Indices
<u>Behaviorisme</u> (Thorndike et Watson, 1913)	Environnement	L'enfant interagit avec son environnement
	Renforcement	Un comportement adapté de l'enfant est valorisé
	Façonnement	L'apprentissage est fait par étapes
	Modelage	L'apprentissage est fait par imitation
	Routines	Des routines sont mises en place
	Entraînement	Les exercices sont répétés
<u>Constructivisme</u> (Piaget, 1923)	Assimilation	L'enfant peut agir face à des situations connues
	Accommodation	L'enfant peut agir face à une situation inconnue
		L'enfant modifie son comportement en fonction de l'environnement, fait preuve d'adaptation
	Equilibration	L'enfant acquiert de l'expérience
L'enfant peut réaliser de nouvelles activités		
<u>Interactionnisme social</u> (Vygotski, 1934)	Instrument psychologique	L'enfant apprend à travers son interaction avec l'adulte ou les autres enfants
		Les thérapeutes et les parents échangent à propos de l'enfant
		Les parents appliquent des conseils de thérapeutes à la maison
	Zone proximale de développement	Dans le travail avec l'enfant, l'adulte respecte les compétences préalablement acquises et les progrès qu'il est capable de faire.
L'adulte présente des activités plus complexes tout en restant attentif aux réactions de l'enfant.		

	Conflit socio-cognitif	L'enfant se construit au contact des adultes et des autres enfants de son âge.
		Il existe des désaccords entre l'enfant et l'adulte ou un autre enfant.
		Un échange de point de vue est fait entre eux.
		Des solutions ou compromis sont recherchés ensemble.



Question 1 et Question 2

Les interactions sociales selon Linda Allal (1985)

Critères	Indicateurs	Indices
<u>L'enfant et l'adulte</u>	Communication verbale	L'enfant comprend les consignes verbales
		L'enfant s'exprime verbalement
	Communication non verbale	L'enfant utilise des pictogrammes ou des gestes
		L'enfant imite la personne avec laquelle il interagit.
<u>L'enfant et l'activité</u>	Toucher Vue Audition	L'enfant voit et saisit l'objet
		L'enfant explore son environnement avec ses yeux et ses mains
		L'enfant est attentif et/ou perturbé par l'environnement sonore. (ex : métronome)
	Comportement	L'enfant participe à l'activité
		L'enfant a un comportement adapté
		L'enfant respecte la durée de l'activité
<u>Entre enfants</u>	Respect Ecoute Echange	L'activité est dyadique
		L'enfant regarde ailleurs ou le regard est croisé
		Les enfants échangent ensemble
		Les enfants partagent le jeu
		Les enfants jouent chacun de leur côté

Question 4

Annexe VII : Grille d'entretien

Questions d'amorce :

▪ **Professionnels**

Dans quelle structure travaillez-vous ?

Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes ?

Quel est l'âge moyen des enfants qui vous accompagnez ?

Savez-vous à quel âge ont-ils été diagnostiqués ?

Ont-ils suivi certains programmes ou méthodes d'intervention ? Si oui, lesquelles ?

En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

Quel âge avez-vous ?

Avez-vous fait une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

▪ **Parents**

Quel âge a votre enfant ?

A quel âge a-t-il/elle été diagnostiqué(e) ?

Est-il/elle enfant unique ou a-t-il/elle des frères et sœurs ?

Est-il/elle scolarisé(e) ?

A-t-il/elle suivi certains programmes ou méthodes d'intervention ? Si oui, lesquelles ?

Avez-vous eu des formations ou des conseils ? Si oui, par qui ?

Par quel(s) professionnel(s) est-il/elle suivi(e) ?

Questions de l'entretien :

▪ **Professionnels**

Question 1 : Comment vous organisez-vous pour proposer et mettre en place un jeu avec un enfant autiste, dans le cadre de votre accompagnement en ergothérapie/psychomotricité ?

Question 2 : Comment accompagnez-vous cet enfant dans le cadre de ce jeu ?

Question 3 : Quels sont les différents comportements de l'enfant que vous pouvez observer par rapport au jeu, une fois que vous lui avez présenté ?

Question 4 : Dans le cadre de ce jeu, comment est votre relation avec lui ? Qu'arrivez-vous à établir avec lui et éventuellement, avec d'autres personnes ?

Question de conclusion : Selon vous, quel est l'intérêt du jeu dans le cadre d'un accompagnement avec un enfant autiste ? (avantages, inconvénients)

▪ **Parents**

Question 1 : Comment vous organisez-vous pour proposer et mettre en place un jeu avec un votre enfant ?

Question 2 : Comment l'accompagnez-vous dans le cadre de ce jeu ?

Question 3 : Comment réagit-il/elle durant le jeu, une fois que vous lui avez présenté ?

Question 4 : Dans le cadre de ce jeu, comment est votre relation avec lui/elle ? Qu'arrivez-vous à établir avec lui/elle et éventuellement, avec d'autres personnes ?

Question de conclusion : Selon vous, quel genre de jeu serait le plus adapté pour votre enfant ? Pour qu'il puisse par exemple jouer avec son frère ?

Annexe VIII : Retranscriptions des entretiens

▪ Parent

Moi : Pour commencer, je vais vous poser quelques petites questions pour en savoir plus sur vous et sur votre enfant. Quel âge a-t-il ?

Mme C : Aujourd'hui, il a vingt ans.

M : A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?

C : Alors c'était en 2007, donc il avait dix ans et demi.

M : A-t-il des frères et sœurs ?

C : Alors oui il a un frère de vingt-deux mois de moins que lui, ainsi qu'une demi-sœur et un demi-frère.

M : Est-ce qu'il a été scolarisé ?

C : Oui, il a été scolarisé en ULIS (Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire) mais ça a été très difficile. Ça ne s'est pas très bien passé. Actuellement, il suit des cours à la maison avec le CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) et on essaie de favoriser la socialisation.

M : Est-ce qu'il a suivi certains programmes ou méthodes d'intervention en particulier ?

C : Oui, j'ai essayé d'appliquer la méthode ABA à la maison. J'ai eu la formation, j'ai fait un DU (Diplôme Universitaire) ABA. Je l'ai utilisé mais pas de façon intensive, or la méthode ABA doit se faire de façon intensive, mais c'était difficile à gérer sachant que je suis seule à m'occuper de ça. Le papa ne participe pas à l'éducation des enfants.

M : Par quels professionnels est-il suivi ?

C : Il a été suivi par une équipe dans un IME et par deux orthophonistes.

M : Comment est-ce que vous vous organisez pour proposer et mettre en place une activité avec votre enfant ?

C : S'il a l'habitude, s'il connaît l'activité, ça peut se faire assez naturellement. Mais si c'est quelque chose de nouveau, je le préviens à l'avance. Je cherche quelque chose de motivant pour lui, par rapport à ce qu'il aime. En ce moment, on aimerait mettre en place le catamaran avec son frère. Je lui dis que s'il ne veut pas faire de catamaran, on fera de

la piscine, ce qu'il aime moins. Du coup, ça le motive à faire du catamaran. Et lorsqu'il accepte de venir et de participer, je l'emmène au restaurant chinois, parce qu'il adore ça.

M : Comment est-ce que vous aménagez son environnement pour les activités que vous lui proposez ?

C : Il faut que ce soit un endroit calme, qu'il n'y ait pas d'éléments perturbateurs. En revanche, il n'a pas de bureau fixe mais j'essaie de faire en sorte que l'endroit soit le plus neutre possible. Avec une lumière adaptée parce qu'il n'aime pas les fortes lumières. Là, en ce moment, nous travaillons sur les livres du CNED, c'est donc structuré et nous suivons des étapes. Avec lui, j'ai mis en place un système d'économie de jetons, il peut accumuler des jetons durant l'activité, en fonction de son comportement, s'il est adapté ou non. Et au bout d'un certain nombre de jetons, il peut avoir un billet de dix euros. Avec cet argent, il va souvent s'acheter des BD (Bande Dessinées), par exemple. Je considère que son comportement est adapté lorsqu'il n'y a pas de stéréotypies, par exemple. Lorsque je vois qu'une activité est trop complexe pour lui, je l'oriente vers une activité plus facile ou alors on sort à l'extérieur pour faire un peu d'activité physique. En ce moment, nous jouons à deux jeux de cartes avec lui et son frère : un sur le thème des animaux, des chiens plus précisément, et un autre sur le thème de l'histoire, qui est très important pour lui. Ça l'intéresse beaucoup. Parfois je m'aide des supports qu'utilise l'orthophoniste avec lui pendant leurs séances.

M : Vous avez d'autres exemples d'activités que vous proposez en ce moment ?

C : En ce moment, j'essaie de travailler l'autonomie. Par exemple, ça fait longtemps que je souhaite lui apprendre à faire ses lacets. Il n'y arrivait pas alors j'ai choisi d'utiliser des supports Montessori. Il s'agit de trois supports en bois de couleurs différentes, avec des lacets de couleurs différentes aussi. D'abord je l'ai guidé physiquement, je faisais avec lui. Ensuite, je fais à côté de lui, du coup il arrivait à le faire sur imitation. Et maintenant, il arrive à le faire seul, sans que je n'aie besoin de faire quoi que ce soit. Sur les supports en tout cas. Il ne sait pas encore le faire sur de vraies chaussures. J'ai essayé une fois et ça n'a pas marché. Il va donc falloir qu'on travaille la généralisation, mais en tout cas il sait déjà le faire seul sur le support.

M : Comment réagit-il, comment est son comportement dans l'activité ?

C : Il est assez présent quand même, dans les activités avec nous. Et lorsque ce que je lui propose l'intéresse, il prend plaisir, il sourit ou rit. Et il parle beaucoup, il fait de longues phrases, de longs discours, je dois même parfois l'arrêter. Et ça, ça montre que l'activité lui plait, puisqu'il participe bien. Sinon, il est plutôt réservé dans ses émotions ou dans ce qu'il dit ou fait. Sauf quand il est avec sa Mamie, là il a plus de facilités à raconter comment s'est passée sa journée, ce qu'il a fait.

Ensuite, il va souvent chercher de lui-même un livre de lecture, qui lui plait bien en ce moment. Si par exemple on doit travailler sur le livre de français, il va d'abord aller chercher son livre de lecture parce que ça lui plait. Et lorsque ça ne lui plait pas ou qu'il n'y arrive pas, il est très crispé, il fait le dos rond, tout son corps est très crispé. Il joint ses mains et serre fort son point dans son autre main. Et il fait quelques petits grognements aussi.

M : Dans le cadre de cette activité, comment est votre relation avec lui ? Qu'arrivez-vous à établir avec lui et éventuellement avec d'autres personnes ?

C : Déjà on peut parler ensemble puisqu'il s'exprime bien verbalement. Même s'il a quelques difficultés de prononciations, qui durent depuis un bon moment. Et qui sont d'ailleurs travaillées avec l'orthophoniste. J'essaie moi aussi de les travailler à la maison. Par exemple, lorsqu'il veut prendre son livre de lecture, je me mets à côté de lui, je le reprends et l'aide à mieux prononcer les mots, notamment sur les « ch ». Evidemment, ça ne lui plait pas parce que ça le coupe dans ce qu'il fait.

Si un évènement imprévu vient le perturber, je lui explique, je lui dis d'où ça vient pour qu'il puisse se calmer et se reconcentrer sur l'activité. Ensuite, il ne respecte pas toujours la durée de l'activité, disons qu'il est plutôt persévérant. Lorsqu'il a une tâche à faire, il veut aller jusqu'au bout et la terminer. Il ne s'arrête pas avant d'avoir fini. Alors si on fixe une durée d'activité ensemble, elle peut parfois être dépassée parce qu'il souhaite finir absolument ce qu'il est en train de faire.

M : Vous faites l'activité ensemble ou il fait plutôt l'activité seul ?

C : Spontanément, il ne va pas seul vers des activités. A part l'ordinateur, la tablette et la télé. Il ne va pas aller faire une activité de lui-même. C'est moi qui propose l'activité. Par exemple, il n'y a pas longtemps, je lui proposais le Docteur Maboul®. En plus, il aime bien parce qu'il y a de la lumière et ça fait du bruit si on touche au mauvais endroit. Et puis, ça

fait travailler la motricité fine aussi, puisqu'il faut aller chercher des petits éléments avec une pince. Et là avec ce jeu, il prend du plaisir, ça se voit. Mais il faut que je lui propose, voire que je lui impose, que je lui dise que maintenant on s'assoit et on fait cette activité là, sinon il ne va pas y jouer. Après, avec son frère ils échangent bien, surtout en ce moment. Sur des vidéos Youtube® par exemple, ou quand ils regardent des films. Ils arrivent à discuter ensemble à propos des personnages ou de ce qu'il se passe dans l'histoire. Ils partagent vraiment l'activité, ils ne sont pas chacun de leur côté. Mais ça se fait quand même sur des temps assez courts et peu de fois dans la journée. Ce n'est pas tout le temps.

M : Une dernière question pour conclure notre entretien, selon vous, quel genre de jeu serait le plus adapté pour votre enfant ? Pour qu'il puisse par exemple jouer avec son frère ?

C : C'est vraiment les jeux de cartes en ce moment. Les jeux des 7 familles. Il accroche beaucoup avec ça. En plus, c'est sur les animaux, les chiens et les loups, ça marche bien ça. Et aussi sur l'histoire, il adore tout ce qui se rapporte à l'histoire, donc on joue avec son frère à des jeux de cartes sur ce thème.

- **Psychomotricienne**

Moi : Dans quelle structure vous travaillez ?

Psychomotricienne : Donc c'est une structure qui ressemble un petit peu à un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), donc ça dépend de l'hôpital en fait, du coup, c'est une unité qui est intersectorielle. Donc pour détailler, moi je suis dans le pôle de pédopsychiatrie et dans ce pôle sont découpés des secteurs qui correspondent à des secteurs géographiques, et nous on est dans un secteur où on est susceptibles d'intervenir pour des enfants qui sont sur tous les secteurs de l'hôpital. C'est pour cela que c'est une unité intersectorielle. Donc c'est l'unité d'intervention précoce intensive de Denver. Elle fonctionne avec des enfants qui ont moins de trois ans et qui restent pour un temps de deux ans. C'est quelque chose d'assez rigide pour le moment, parce qu'on fait partie d'une recherche qui cherche à prouver l'utilité de la méthode Denver par rapport aux autres propositions de soins. Quand je disais que c'était à rapprocher d'un CATTP c'est parce que ça fonctionne par demi-journées, où les enfants viennent deux heures et demi. Ils ont chacun douze heures de prise en charge sur la semaine. Ils ont dix heures sur la structure, à raison de quatre séances de deux heures et demi, plus deux heures de domicile. C'est assez particulier, c'est pas typique de ce qui se voit. C'est une équipe de douze professionnels environ. On est une équipe pluridisciplinaire qui est composée d'orthophonistes, de psychomot's, psychologues, infirmières, et le médecin qui chapote le tout.

M : Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes ?

P : Avec des enfants autistes de manière générale, maintenant ça doit faire six ans puisque j'ai démarré dans une structure autre, un IME, mais qui était déjà spécialisé dans l'autisme. Sur cette unité là, j'y suis depuis trois ans. À chaque fois qu'on a des remplaçants, on les forme sur place à la méthode et ceux qui restent de manière plus pérenne ils sont certifiés. La certification c'est toute une procédure qui demande d'abord une formation initiale de trois jours et ensuite, il y a un travail qui nécessite d'être filmé. On envoie des vidéos à la formatrice pour coter notre fidélité à la méthode sur cette vidéo, pour voir si on fait bien du Denver. On doit aussi envoyer des objectifs écrits pour les enfants, qui sont fait d'une manière assez particulière aussi dans Denver. En moyenne, avec tout ça il faut à peu près un an pour se former, moins si vraiment on a tout fait bien.

Dans tous les cas, même si c'est pas officiel, il faut d'abord officieusement former les professionnels à la méthode.

M : Quel est l'âge moyen des enfants qui vous accompagnent ?

P : L'âge moyen c'est trois ans et demi. Ils arrivent en général entre deux et trois ans et quand ils repartent ils ont quatre/cinq ans. Celui dont je suis la référente a eu quatre ans en décembre dernier.

M : Savez-vous à quel âge il a été diagnostiqué ?

P : Il a été diagnostiqué en juin 2015 donc il devait avoir deux ans et demi.

M : Ont-ils suivi certains programmes ou méthodes d'intervention ? Si oui, lesquelles ?

P : Il y en a certains qui arrivent qui ont déjà de prises en charge libérales d'instaurées. Et du coup là, on les interrompt pas, sauf si on se rend compte qu'il y a une grosse fatigabilité ou qu'il y a une problématique particulière, parce que ça fait quand même beaucoup de prises en charge. Mais pour ce qui est de l'enfant auquel je pense, lui il avait rien qui était mis en place, c'est Denver qui a commencé en septembre. Donc il a pas de prises en charge libérales. C'est des choses qui peuvent arriver par la suite, si on s'aperçoit qu'il y a un besoin particulier, un travail en orthophonie ou en psychomotricité, ça peut se faire. Mais ça fait quand même douze heures de prises en charge dans la semaine. Donc c'est pas quelque chose d'automatique.

M : En quelle année avez-vous été diplômée ?

P : 2011.

M : Quel âge avez-vous ?

P : J'ai trente-trois ans.

M : Avez-vous fait une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

P : J'ai mon DE (Diplôme d'État) de psychomot', à part ça, je me forme régulièrement. J'ai fait notamment une formation sur l'intégration sensorielle pour me compléter sur plus de connaissances sur le sensoriel. Mais pas d'autres grosses formations en dehors de la certification thérapeute Denver.

M : Comment vous organisez-vous pour proposer et mettre en place un jeu avec un enfant autiste, dans le cadre de votre accompagnement en psychomotricité ?

P : La première chose que j'ai envie de répondre c'est qu'il n'y a pas vraiment de séances en psychomotricité parce que on est tous formés au Denver. Que ce soit orthophonistes, infirmiers, du coup les enfants ont des séances Denver. On va tous travailler de la même manière, selon la méthode Denver. Après, nos compétences personnelles dues à notre formation initiale vont pouvoir intervenir dans le bilan de l'enfant, l'observation, les problématiques, dans les choix qui vont découler des objectifs de travail pour l'enfant. On peut aussi être amenés du coup, à expliquer certaines choses à nos collègues pour travailler de manière plus pointue à un endroit ou à un autre. Mais c'est pas découpé selon les séances. En ESDM, on recherche tout d'abord l'intérêt de l'enfant, ce qu'on appelle un peu la porte d'entrée. Donc globalement, ce qui va vraiment amuser l'enfant, lui donner du plaisir. Donc on va rechercher l'intérêt qu'il a, à travers du jeu. Et on va partir de là, à partir du jeu qu'on aura repéré, pour vraiment rentrer en lien avec lui, rentrer dans son jeu. Et si c'est pas un jeu fonctionnel, c'est pas grave. S'il a plaisir à faire tourner quelque chose qui n'est pas fait pour ça, on va quand même le suivre là-dedans. C'est vraiment cette démarche, on va suivre l'intérêt de l'enfant et pas imposer quelque chose. Et c'est que dans un second temps qu'on pourra vraiment l'aider à rentrer dans un jeu. Et là, on va amener des variations au jeu, on essaie plus, on impose un petit peu des choses mais ça c'est que dans un second temps. Mais de base, on va aller dans son intérêt et travailler les objectifs qu'on a à travers ce que l'enfant a lui-même proposé au départ. Au début, il y a un bilan global qui est fait sur tous les domaines du développement et après, dans les différents domaines, on a un domaine qui s'appelle Jeu. Du coup, il faut savoir qu'on s'appuie sur une grille particulière de l'ESDM. Dans tous les domaines de développement, on a des items, et pour évaluer l'enfant on va mettre + si c'est fait, +/- si c'est en cours, et - si c'est des compétences que l'enfant n'a pas. Du coup, dans le domaine jeu c'est pareil que dans les autres domaines, il y a le même système.

M : Comment accompagnez-vous cet enfant dans le cadre de ce jeu ?

P : Alors comment est ce qu'on accompagne l'enfant... Ça rejoint peut être un peu ce que j'ai dit avant mais on va vraiment l'accompagner en reproduisant ce qu'il fait, en l'aidant à faire ce qu'il a envie de faire, à reproduire la chose qu'il est arrivé à faire, qui lui a plu.

Voilà, on va essayer d'être utile là-dedans. Une fois qu'on a trouvé ce qui lui plaisait, on va vraiment chercher à être un élément intéressant dans le jeu, apporter une plus value quoi quelque part. Et du coup voilà, on va l'accompagner comme ça en fait, on va essayer de se rendre utile dans le jeu. Parce qu'on recherche vraiment à créer un intérêt pour nous, à ce que l'enfant ne soit pas tout seul dans son jeu initial, qu'il ne soit pas trop porté sur tel ou tel objet. Le plus facile c'est quand on s'intéresse aux troubles sensoriels, par exemple des petites chansons qu'il apprécierait, et la tout de suite on a un fort intérêt, parce que le jeu en lui-même vient de nous. Quand c'est via un objet, il faut qu'on arrive à intégrer ce jeu qui, au départ, était vraiment centré sur l'objet. Du coup voilà, on va essayer d'intégrer le jeu de cette manière. Ensuite, il y a les routines. Les routines, c'est quelque chose qui fait partie intégrante du Denver. On va chercher à en mettre en place dès qu'on démarre un jeu. Quand on trouve que l'enfant aime, on va répéter, répéter, plusieurs fois ce que l'enfant a apprécié et donc mettre en place quelque chose de vraiment régulier, que l'enfant repère pour qu'il puisse vraiment anticiper ce qui va arriver. Et du coup, on va se servir de cette structuration répétée pour en attendre un peu plus de l'enfant. On va interrompre la routine à un certain moment pour solliciter, par exemple, la communication de l'enfant, qui va nous demander de recommencer. Les objectifs sont rédigés par étapes, après, dans notre manière de faire, on va mettre en place des étapes de guidance. Quand on propose de faire quelque chose à l'enfant, on va d'abord ne mettre aucune guidance, on va lui laisser la chance de faire seul. Et si on voit qu'il ne le fait pas, si par exemple c'est l'imitation d'un geste dans une chanson, on va l'aider un peu plus, mettre un peu plus de guidance, une guidance gestuelle, essayer d'aider un peu. Et s'il n'y arrive pas, on ira en guidance totale pour lui faire faire ce qu'on attendait de lui. C'est l'inverse de ce qui est proposé en ABA, je sais pas si tu connais un peu, mais voilà ils font la démarche inverse, à tout de suite guider pour éviter à l'enfant de faire une erreur. C'est dans cette démarche. Et petit à petit, ils retirent la guidance. Nous on fonctionne à l'inverse. Là du coup, je suis vraiment rentrée dans les techniques d'enseignement d'apprentissage qu'on utilise. Concernant le niveau de difficulté du jeu, on essaie d'évaluer déjà au moment du bilan qu'on a fait. On essaie de bien évaluer pour ne pas avoir des attentes trop élevées. On va essayer, en fonction de ce qu'on a pu voir, de lui imaginer les étapes qui vont permettre de l'amener à l'objectif qu'on va viser. Après effectivement, justement si on constate qu'il n'y a pas d'évolution dans l'objectif, parce

que chaque fin de semaine on fait le bilan, est ce qu'il en est à telle étape, comment ça s'est passé, et on va assez vite se poser des questions. Si on voit qu'il y a des objectifs qui n'évoluent pas, on va se remettre en question, remettre en question notre manière de faire, est ce que tout le monde fait la même chose, est ce que l'enfant atteint des objectifs avec certains intervenants, pas avec d'autres. On va réfléchir la dessus et il y a des fois où on va s'apercevoir qu'on avait peut être pas bien cerné et visé trop haut. Surtout au départ, quand on connaît à peine une enfant, qu'on vient de le recevoir en bilan initial. Ou alors on sait pas bien la vitesse d'évolution qu'il va avoir du coup, au départ, on va avoir plus de mal que quand on les connaît mieux. On va faire des objectifs bien calibrés entre guillemets, par rapport à l'enfant. On va réajuster nos sous étapes si on voit que l'enfant avance plus lentement que prévu. On peut aussi apporter des modifications dans notre manière de faire. On peut se mettre davantage à utiliser des renforçateurs externes. En fait, quand l'enfant n'avance pas, que l'on voit que c'est pas adapté, on a trois moyens dans Denver de modifier notre manière de faire : les renforçateurs, la structure de l'activité et les supports visuels. On va parfois aller vers des renforçateurs externes à l'activité de base. Denver c'est très naturaliste donc on est vraiment dans des renforçateurs internes à l'activité donnés par le thérapeute, mais il y a des enfants avec lesquels ça ne suffit pas, ça ne va pas suffisamment les intéresser. Et du coup, vont intervenir des renforçateurs externes, d'autres jouets qui leur plaisent mieux, qu'on fait en alternance avec l'activité initiale. Et ça peut aller jusqu'au renforcement alimentaire avec certains. Et pour ce qui est de la modification de la structure, ça peut être toujours faire une activité à un endroit donné, toujours faire avec le même matériel, dans un premier temps, avant de généraliser. Parce que l'enfant aura du mal à comprendre ce qu'on attend de lui, donc on va vraiment se concentrer sur un matériel donné, pour qu'il puisse développer ses compétences. Et les supports visuels, ça peut être des images de PECS, qui servent en support au niveau réceptif, en compréhension. Donc voilà, c'est trois grands axes qui nous permettent d'adapter quand on voit qu'on bloque quoi, pour un enfant qui n'évolue pas.

M : Est-ce que vous échangez avec les parents à propos de ce que vous proposez ?

P : Les parents, oui oui, complètement. Les parents sont vraiment associés à ce qu'on fait, ils sont présents lors des bilans, des évaluations. D'ailleurs, je l'ai pas dit, on refait des

évaluations tous les trois mois pour ajuster les objectifs. Enfin, sauf si on voit qu'on bloque sur quelque chose, on n'attend pas les trois mois de remodifier. Mais de base, c'est tous les trois mois qu'on refait une évaluation, avec les parents. Donc on est à l'écoute des parents, par rapport aux objectifs, si jamais il y a certaines choses qu'ils ont envie de travailler. Bon après, évidemment, il faut aussi qu'on les aide à avoir une vision plus adaptée de ce qu'ils doivent attendre de leur enfant. S'ils nous disent, je voudrais que mon enfant parle au bout des trois mois, bon, ça va être compliqué. Mais voilà, on essaye quand même d'être à leur écoute, de voir si c'est important de travailler pour eux sur l'autonomie par exemple, qui est un domaine qu'on prend en compte. Donc voilà, les parents sont étroitement associés dans le travail. Déjà, ils voient leur référent une fois par semaine à domicile, c'est les parents qui font du Denver en gros, et nous qui sommes là pour les aider à jouer avec leur enfant et à mettre en place des principes du Denver, pour que ça puisse bien se passer. Et puis voilà, on peut aussi aborder d'autres problématiques spécifiques à la maison, entre autres. Et en dehors de ces temps de domicile, il y a aussi des groupes parents qui sont proposés sur des thématiques différentes. Il faut les mettre depuis le début de l'année jusqu'à la fin de l'année. Il y a un groupe sur l'autisme d'une manière générale, deux groupes sur la méthode Denver, un groupe sur les troubles du comportement, un groupe sur les troubles alimentaires, un autre sur tout ce qui concerne le quotidien, le sommeil et il y a un groupe sur les particularités sensorielles voilà. Et chacun des groupes est mené par les professionnels qui sont plus spécialistes de chacun des domaines. Donc les psychomot' font les particularités sensorielles, les ortho font l'alimentation, enfin voilà. Donc on les voit aussi quand ils amènent leur enfant pour la prise en charge. On est beaucoup dans l'échange avec eux. Au domicile, l'idée c'est de transmettre la méthode aux parents, pour qu'ils puissent aussi jouer de temps en temps à la maison avec leur enfant et utiliser les mêmes pratiques que nous, pour que leur enfant progresse dans les différents objectifs et puis généralisent les compétences. Mais c'est pas du tout la même formation que les thérapeutes suivent. Après le travail peut être vraiment différent selon les familles avec lesquelles on est, il y en a où ça va déjà prendre du temps à ce que les parents arrivent à jouer avec leur enfant, parce qu'il y a des familles où on s'aperçoit qu'ils ne jouent pas avec leur enfant du tout. C'est déjà difficile de se mettre à jouer avec son enfant si on n'a jamais tenté de le faire, donc du coup parfois on passe par d'autres activités parce que Denver peut aussi se faire dans des activités de la

vie quotidienne, comme le bain, le repas, donc on peut, pourquoi pas, être amenés à travailler avec des supports comme ça, plutôt que dans du jeu, si les parents s'en sentent plus à l'aise. Mais du coup voilà, c'est vrai que selon les parents, il y a en qui rentrent dedans très vite, qui comprennent très vite ce qu'on essaie de leur faire passer, puis d'autres où c'est plus lent. Normalement, on n'est pas censés, nous, leur montrer le bon exemple mais c'est plus qu'ils arrivent à développer leur propre Denver au moyen de ce qu'on pourrait leur dire. Et après c'est pareil, il y en a qui auront besoin à un moment de voir le thérapeute faire pour vraiment comprendre ce qu'on essaie de leur faire passer. Voilà, donc après c'est vrai qu'il faut vraiment s'adapter à la famille dans laquelle on est.

M : Quels sont les différents comportements de l'enfant que vous pouvez observer par rapport au jeu, une fois que vous lui avez présenté ?

P : Alors grosse question. Déjà, tout simplement si un enfant sourit, qu'il rit. Après il y a des enfants qui sont plus ou moins démonstratifs. Il y en a où on voit tout de suite émotionnellement que ça leur plaît, et puis d'autres qui sont beaucoup plus inhibés et où c'est difficile de savoir vraiment s'ils sont motivés. Il y a le fait qu'ils reviennent dans une activité aussi. Et un enfant qui va partir pendant qu'on est en train de proposer quelque chose, c'est que ça l'intéresse pas. Mais voilà, après aussi ça peut être compliqué parce que c'est des enfants qui, au niveau attentionnel, ça peut être compliqué, du coup restent très peu de temps sur un même jeu, et qui on vite envie de partir. Mais c'est vrai qu'il y a des enfants où c'est vraiment difficile de cerner leur motivation, leur intérêt déjà de base. On a vraiment du mal à trouver ce qui va vraiment leur faire plaisir. Après voilà, je vois pas d'autres choses. Parce que c'est des enfants qui ne sont pas capables de redemander, ou de manière inadaptée en tout cas, donc par contre on va pas forcément attendre qu'ils viennent nous voir pour manifester qu'ils veulent que ça recommence. Justement, on va travailler là dessus, qu'ils soient capables de demander. Mais déjà, on va voir si corporellement, par leur expression de visage, est ce qu'ils aiment ça, est ce qu'ils vont revenir vers le jeu. Mais par contre, redemander, pas du tout. Ça c'est compliqué. Ensuite s'ils sont face à l'échec, c'est sûr que c'est des enfants qui sont sensibles à la frustration, donc c'est sûr que ça peut déboucher sur des crises avec certains. Il y en a qui simplement ne montrent aucune réaction et vont partir ailleurs. D'un côté ça peut être compliqué des enfants qui réagissent comme ça, parce que justement ils partent, ils ont pas l'idée de

recommencer. L'enfant dont je suis la référente lui, il est verbal, il peut absolument venir redemander, il trémousse, il nous regarde. Au départ c'était déjà un enfant qui pouvait nous regarder et revenir vers le jouet. Lui, il serait resté dans le jeu qu'il adore pendant des heures, à déconner. Il était très expressif lui, on n'a pas eu de mal à trouver ce qu'il aimait quoi.

M : Dans le cadre de ce jeu, comment est votre relation avec les enfants ? Qu'arrivez-vous à établir avec eux et éventuellement, avec d'autres personnes ? Les parents par exemple.

P : Du coup ce qu'on cherche vraiment à établir, effectivement, je parlais de relation dyadique, ce qui est vraiment recherché avec l'enfant, on recherche des rires, des sourires, des regards, des gestes qui vont être une communication envers l'adulte. Voilà, après ça peut dépendre aussi du niveau de l'enfant, mais ça peut aussi être juste un regard, juste un enfant qui s'avance simplement, qui vient prendre la main. Au départ, on va vraiment se servir des tous petits signaux de communication et après on en attendra plus.

M : Est-ce que l'enfant dont vous êtes référente est attentif ou perturbé par l'environnement sonore ? Comment il le manifeste ?

P : Je sais pas si c'est vraiment une catégorie de bruits. Alors, il y a ses parents qui ont pu remarquer qu'il préférait les sons graves, je sais qu'ils m'ont fait cette remarque à un certain moment. Nous on l'a pas forcément remarqué, mais eux en lui faisant écouter de la musique, ils avaient plutôt remarqué ça. Après comme pas mal d'enfant, il ne supportait pas la chanson joyeux anniversaire, il ne supportait pas, il se mettait à crier et il partait. Voilà, après en terme d'autres bruits auxquels il peut être sensible, il n'y en a pas particulièrement certains. Mais par contre, c'était un enfant qui était vraiment sensible à la foule, donc je pense qu'un environnement sonore important, par exemple en classe au départ pour lui ça pouvait aussi être perturbateur, il a besoin de s'isoler quoi. Donc, c'est plus peut être en terme de volume et de brouhaha de sons mélangés que ça pouvait être gênant.

M : Est-ce qu'il respecte la durée de l'activité ?

P : Au niveau des durées d'activités, on a le cadre global qui est de deux heures et demi. Mais on découpe, au milieu il y a un goûter qui permet de faire une pause, mais avant et après le goûter, ça se découpe, on n'a pas de nombre précis d'activités à faire donc ça va dépendre des enfants. Il y en a qui vont vraiment avoir une attention très labile et qui vont avoir beaucoup de mal à se poser donc des fois, une activité va durer deux/trois minutes maximum avec un enfant au début de la prise en charge. Et encore, quand c'est pas trente secondes. Et puis au fur et à mesure, c'est quelque chose qui va évoluer et l'enfant va pouvoir se poser davantage sur une activité. Mais l'enfant auquel je pense, lui, maintenant, on peut faire des jeux de dix minutes/un quart d'heure, y'a pas de problème. Et après c'est nous qui pouvons décider de mettre fin à l'activité, quand on ne voit plus l'intérêt qu'elle peut avoir aux apprentissages qu'on vise. C'est l'intérêt de l'enfant qui peut mettre fin à l'activité parce que du coup on voit qu'il n'a plus envie, voilà on essaie d'être très sensible à ça. Et puis s'il reste motivé, on voit plus ce qu'on peut travailler avec l'activité, ou qu'on a déjà fait plein de choses, là c'est nous qui allons engager un changement d'activité.

M : Quand vous proposez le jeu, vous jouez avec lui ou joue-t-il seul ? Est ce que vous jouez ensemble ?

P : Nous on cherche toujours à jouer ensemble c'est ce qu'on recherche vraiment en premier lieu et l'ESDM recommande même le positionnement en face à face. Après, dans des cas particuliers où il y aurait vraiment un enfant qui ne supporterait pas ce positionnement, on se mettra sur le côté. Des fois, il y en a qui ont besoin de plus de distance, on est amenés à se reculer un petit peu parce que la proximité leur est compliquée. Donc on adapte en fonction, mais de manière générale, on va rechercher le face à face et le jouer ensemble, même si au départ on va le laisser installer l'activité, voir ce qu'il l'intéresse. On va reprendre nous en miroir ce qu'il fait, avec peut être notre propre matériel. On joue avec le même objet que lui, je sais pas, par exemple un cerceau, peut être au départ l'enfant ne va pas accepter que l'adulte prenne le cerceau qu'il avait dans les mains, pour refaire ce qu'il vient de faire, donc nous on aura notre propre cerceau pour ne pas le gêner. Petit à petit, on va vraiment essayer de prendre notre tour de rôle, par exemple en faisant ce que l'enfant fait. Puis on va essayer d'avoir un rôle de plus en plus important dans ce qu'il fait, donc être de plus en plus ensemble quoi, avec

lui. Et on recherche ça fondamentalement avant même de se dire : j'aimerais bien qu'il sache enfiler des perles. En fait c'est très axé sur les interactions sociales, la communication, l'interaction sociale, qui sont primordiaux et qu'il faut rechercher en premier. Et c'est une fois qu'on arrive à mettre un lien en place, qu'il y a le jouer ensemble, que là on va chercher à travailler d'autres apprentissages.

M : Est-ce qu'il arrive que vous fassiez des séances avec plusieurs enfants ?

P : Oui c'est possible. De base, on travaille surtout en individuel, en un pour un, on est un thérapeute pour un enfant, donc pour certains enfants on travaille quasiment que comme ça. Et après quand l'enfant en est à travailler les interactions sociales avec ses pairs, on propose au contraire des moments où on cherche à leur faire partager des jeux. Dans un premier temps, accepter de partager le matériel avec d'autres, être ensuite dans des tours de rôle, échanger des objets avec l'autre, c'est des choses qui font partie de ce qu'on pourrait travailler dans le domaine compétences sociales. Du coup oui oui, c'est tout à fait possible.

M : Pour conclure cet entretien, une dernière question : pour vous quel est l'intérêt du jeu dans le cadre d'un accompagnement avec un enfant autiste ? Les avantages, les éventuels inconvénients qu'il présente...

P : Pour moi, c'est l'essence même de la prise en charge en fait. Donc j'arrive même pas à dire avantages et inconvénients du jeu, c'est vraiment ce qu'on recherche. On recherche à mettre un jeu en place avec lui, on passe par ce jeu pour tous les apprentissages. Donc le jeu c'est le cœur de la prise en charge ESDM, donc du coup moi j'y vois que des avantages. Pour pouvoir travailler d'autres choses de toute manière, pour moi, il faut vraiment avoir réussi à avoir mis en place un lien avec l'enfant. L'idée c'est de trouver sa motivation donc du coup, on va la trouver à travers l'instauration d'un jeu avec lui et c'est comme ça qu'après pourront découler d'autres éléments. Donc je ne le vois pas comme un objectif secondaire en fait. C'est primordial, on cherche à jouer, à être dans le plaisir du jeu avec l'enfant et puis après derrière ça va déboucher sur des jeux plus fonctionnels, sur des compétences motrices, sur des compétences verbales, à développer et qui prendront appui sur le jeu.

▪ **Ergothérapeute A**

M : Dans quelle structure travaillez-vous ?

Ergothérapeute A : Je travaille en SESSAD autisme.

M : Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes ?

EA : Depuis septembre, donc huit/neuf mois.

M : Quel est l'âge moyen des enfants qui vous accompagnent ?

EA : Autour de huit ans. On a un agrément pour zéro-vingt ans mais en fait là c'est une structure qui vient d'ouvrir, donc on en a pas admis qui ont plus que douze ans. Donc là, sur ceux qu'on a, on est entre deux et douze ans.

M : Savez-vous à quel âge ont-ils été diagnostiqués ?

EA : Je dirais de manière générale autour de six/sept ans. Je sais qu'il y en a où c'était très tôt. Ceux qu'on a là à deux/trois ans du coup, ils ont été diagnostiqués très tôt, mais en moyenne il me semble que c'est autour de six ans.

M : Ont-ils suivi certains programmes ou méthodes d'intervention ? Si oui, lesquelles ?

EA : Certains étaient en CAMSP, d'autres étaient dans des SESSAD plus généralistes, et certains étaient à l'hôpital de jour aussi. Ensuite, nous au SESSAD autisme, on a une orientation ABA donc on utilise vraiment l'approche ABA. Mais pour certains, il y a avait aussi des suivis en libéral en ABA mais c'est pas la majorité. Du coup, on est formés, on a eu une semaine de formation et là, on est supervisés par une BCBA (« *Board Certified Behavior Analyst* ») et on a des formations régulières en fait.

M : En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

EA : 2016.

M : Quel âge avez-vous ?

EA : J'ai vingt-quatre ans.

M : Avez-vous fait une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

EA : J'ai suivi une formation de deux jours sur la gestion des troubles du comportement dans l'autisme, c'était le thème de mon mémoire. Ensuite, une formation de sept jours et

une supervision en continu pour approche ABA et une formation PCM de quatre jours pour la gestion professionnelle des crises. J'ai également suivi une formation de deux jours sur la dysgraphie.

M : Dans le cadre de votre accompagnement en ergothérapie, comment est ce que vous vous organisez pour proposer et mettre en place un jeu avec un enfant autiste ?

EA : En fait quand j'organise ma séance, j'essaye d'avoir, alors ça c'est l'approche ABA : on a 20% de temps qui doit être réservé à de l'apprentissage, donc des choses nouvelles à apporter à l'enfant. Et 80% où c'est de choses faciles, donc c'est des choses qu'il savait déjà, ou des choses que l'on a enseigné et qui sont acquises par l'enfant. Donc par exemple, sur une heure trente, on va avoir à peu près vingt minutes de vrai apprentissage, et tout le reste du temps ça doit être que des choses acquises et faciles. Donc en fait, je vais choisir mes jeux aussi en fonction de ce que je vais travailler. Si l'objectif c'est de travailler la réponse aux consignes par exemple, ou le tour de rôle, je vais choisir un jeu de société où les exigences ce sera vraiment : on joue chacun son tour. Je ne vais pas mettre d'autres exigences. Par contre, si l'objectif c'est la préhension ou ce genre de choses, là je vais vraiment mettre l'exigence sur cet aspect là, et je ne vais pas demander de respecter le tour de rôle. Je vais adapter le jeu en fonction de l'objectif que j'ai derrière. Et parfois, j'utilise aussi des jeux pour, donc on appelle ça le renforcement, pour avoir en fait une activité agréable une fois qu'il a beaucoup travaillé, ou alors que ce qu'il a fait ça lui a demandé beaucoup de concentration. Je lui propose un jeu qu'il aime ou alors c'est lui qui le choisit et là c'est vraiment lui qui en fait ce qu'il veut. Si c'est un circuit à bille, et qu'il veut mettre la bille quinze fois de suite pour la voir rouler, il n'y aura pas d'exigences dessus. C'est vraiment pour le renforcer, pour que ce soit un moment agréable.

M : Comment organisez-vous son environnement ?

EA : Ca dépend des enfants, s'il y en a qui ont besoin d'avoir par exemple le Time Timer® pour repérer quand on va leur poser des consignes, le temps à table, ou alors le temps de jeu. On a des enfants qui ont des emplois du temps visuels aussi, donc à la fin de chaque tâche, ils enlèvent le pictogramme en rapport avec cette tâche pour voir ce qui arrive après. Il y en a d'autres qui ont des contrats de comportement, donc là au début de la séance, on leur présente toutes les règles, par exemple tels ou tels comportements sont

renforcés. L'organisation de l'environnement se fait plutôt au niveau des outils qui vont être utilisés pour comprendre l'emploi du temps, les règles, et puis leur permettre d'anticiper les choses en fait.

M : Comment accompagnez-vous cet enfant dans le cadre de ce jeu ?

EA : Quand on choisit un jeu d'une manière générale, c'est en fonction des objectifs. Donc si l'objectif c'est de travailler quelque chose en particulier, je pose les règles tout de suite. Après le problème c'est que le jeu c'est toujours un moyen vraiment beaucoup, beaucoup utilisé et qu'on n'a pas toujours les mêmes objectifs donc forcément on va pas avoir le même accompagnement. Donc si le but c'est de faire de l'apprentissage, l'idée c'est de faire de l'apprentissage sans erreur donc c'est de ne pas lui dire qu'il s'est trompé et toujours lui donner le modèle de ce qu'on veut travailler en fait. Donc si le but est sur, je prends un exemple tout bête, sur une préhension, un jeu avec des pinces à linge ou un truc comme ça, je vais prendre sa main et lui montrer la préhension que je veux qu'il utilise. C'est une guidance physique. La guidance doit être estompée rapidement en général. La guidance physique, on la fait totale pour montrer le modèle et après on laisse l'enfant essayer mais on reste vraiment derrière pour que si on voit qu'il va se tromper, reprendre la guidance physique pour l'empêcher de se tromper. Mais on reste pas en guidance totale pendant très longtemps quoi. Ensuite, ça peut être par imitation donc avec une guidance visuelle ou gestuelle on va dire. Alors que la guidance physique c'est vraiment moi qui fait avec sa main, avec son corps à lui quoi.

M : Est-ce que vous mettez en place des routines ? Comment ?

EA : Ce dépend des enfants. Il y a par exemple certains enfants qui ont besoin d'avoir une routine, donc quand j'arrive je fais ça, ça et ça. Mais il n'y en a pas beaucoup. Après en général, quand on va faire une période un peu plus structurée, on va dire qu'il y a un enchaînement d'exercices, pour ceux qui ont besoin d'avoir le Time Timer®, je leur dis : là pendant cinq minutes, on travaille et après on ira faire autre chose. Alors je sais pas si c'est une forme de routine mais c'est toujours un peu pareil en fait. Le temps de travail est structuré en fait.

M : Est-ce que vous avez l'habitude de répéter plusieurs fois le même exercice ?

EA : Ça peut arriver sur plusieurs activités, après souvent j'essaie de la changer parce que les enfants sont sensibles à la nouveauté. Donc par exemple, quand on leur demande d'écrire dans des pâtes, la fois d'après j'essaie d'amener des lentilles ou d'amener de la farine, ça va toujours être la même activité mais pas dans la même texture. Donc il y a toujours cet aspect un peu nouveauté, donc ça marche bien. Parce que si c'est toujours des pâtes, ils vont anticiper le fait qu'il faut écrire et là c'est moins drôle quoi. Après, on essaye beaucoup de changer les jeux aussi, parce qu'il ne faut pas qu'ils s'enferment dans les mêmes activités. Parce qu'ils sont peu curieux, de manière générale, c'est toujours des généralités. On essaie vraiment de varier les jeux justement, même si on travaille toujours un peu la même chose, donc ils retrouvent la même chose parce que c'est leur intérêt. Mais on essaie que ce soit pas forcément avec le même matériel. C'est pour favoriser la généralisation et l'envie d'autre chose. Donc ça dépend des enfants, mais souvent j'essaie de proposer deux choses et ils choisissent entre les deux. Après, il y en a d'autres qui sont tout à fait capables d'aller dans le placard de jeu et de dire : je veux jouer à ça, ou d'aller vers une nouveauté. D'autres pas du tout, ils vont toujours demander le même jeu. C'est bien de réorienter parfois, vers d'autres qu'il n'aurait pas expérimenté tout seul quoi. J'essaie toujours de les laisser choisir au moins trois fois dans la séance.

M : Est-ce que vous échangez avec les parents sur les jeux que vous proposez ?

EA : Oui, on échange régulièrement avec les parents par rapport aux différents objectifs qu'on a à travailler, s'il y a quelque chose qui a particulièrement bien marché. Les différences guidances aussi qu'on applique. Les progrès et du coup oui, les jeux s'ils les redemandent souvent, on en parle avec les parents. Après c'est vrai que quand ils les ont, ils vont s'y désintéresser. Là j'avais un petit qui était super intéressé par le Uno extrême® qu'il y avait au SESSAD, il le demandait tout le temps. Et les parents l'ont acheté, et maintenant il le veut plus. On appelle ça le phénomène de satiété, en fait c'est qu'il l'a tellement eu que maintenant c'est plus intéressant. On a des programmes aussi, quand on a des objectifs en fait, on écrit un programme qui décrit vraiment toute la méthode d'apprentissage. Donc quelles consignes on va donner, qu'est ce qu'on attend de l'enfant, quelles guidances on peut apporter pour atteindre cet objectif, le matériel qu'on peut utiliser. Vu qu'on essaie toujours de varier le matériel. Et ces programmes là, on les fait signer par les parents et on leur donne aussi. Donc par exemple pendant les vacances, ils

peuvent appliquer les programmes s'ils en ont envie, s'ils en ont le temps. Surtout pour les programmes en rapport avec l'écriture en fait, c'est flagrant les progrès qu'il peut y avoir. Ou avec les demandes, ça permet vraiment aux parents de savoir ce qu'ils peuvent appliquer comme consignes ou comme guidances pour travailler quelque chose en particulier, et la façon dont on le renforce aussi. Tout est fait pour que ce soit commun dans tous les environnements que ce soit à la maison, à l'école, au SESSAD. L'idée c'est vraiment de pouvoir généraliser tout ça, et en fait que ce soit fait de manière homogène aussi. Par exemple, si l'éducatrice ne renforce plus du tout et que moi je renforce encore énormément, on va être sur quelque chose de compliqué à comprendre pour l'enfant. Il faut vraiment que ce soit homogène. Après sur l'organisation du service, on a les psychologues, les éducateurs spécialisés et moi, donc ça c'est dans le service. Et il y a certains enfants qui ont de l'orthophonie en libéral aussi. Alors en fait, de manière générale, c'est les éducatrices qui vont avoir l'enfant le plus souvent en séance, mais c'est les psychologues qui font les programmes. Donc les psychologues vont faire l'évaluation, sortir les objectifs et faire des programmes en rapport avec ces objectifs, donc des programmes sur augmenter les demandes, augmenter le contact visuel, enfin c'est des exemples. Et tout ce qui est scolaire aussi. Donc il y a elles qui font leur programmes, qui sont appliqués par les éducatrices, et il y a moi qui fais des évaluations et des programmes en ergothérapie. Pour les enfants que je suis, c'est moi qui applique le programme et je coach aussi les éducatrices qui ont aussi l'enfant, pour que ce soit aussi travaillé par les éducatrices. Et pour d'autres enfants, j'ai fait des évaluations mais j'ai pas le temps de les voir, parce qu'il y a trente enfants et je suis à mi-temps. Donc je fais des programmes qui sont appliqués par les éducatrices. Et en fait, je viens ponctuellement pour vérifier que c'est appliqué comme je l'avais en tête, ou que ça progresse, que ce que j'ai proposé c'était cohérent. Parce que parfois, on propose des choses et c'était pas forcément ça qu'il fallait faire. Donc j'essaie vraiment d'être en soutien. Donc c'est elles qui appliquent au quotidien et comme elles voient beaucoup plus l'enfant, forcément elles voient l'évolution parce que une ou deux heures par semaine, on n'avance pas aussi vite qu'à presque vingt-quatre heures quoi. Pour les évaluations, pour les plus petits, j'utilise la batterie Talbot et pas mal de d'observation, et je fais aussi des petits mises en situation. Donc c'est souvent quand on a un objectif précis, on fait des mises en situation pour voir comment l'enfant réagit, et par ça on voit plein d'autres choses aussi. Pour ceux

qui ont un bon niveau je fais la NEPSY II (« *developmental NEuroPSYchological Assessment* »), pour ceux où l'objectif est très scolaire, parce que c'est souvent sur ça qu'on m'interpelle, c'est souvent le sensoriel, l'écriture, la manipulation des outils scolaires ce genre de choses. Donc après il y a la vie quotidienne, donc faire ses lacets, s'habiller, tout ça. Et du coup, pour ceux où c'est très scolaire, je fais aussi de mises en situation sur de l'alphabet par exemple. Parce qu'on en a peu, j'en ai deux je crois sur les trente, qui écrivent en cursives, donc j'ai pas encore fait le BHK. Mais ça devrait pas tarder. Et sinon, c'est des écritures en lettres majuscules. Je fais une observation à l'école aussi, ça permet aussi de voir un petit peu sur quoi les enseignants ont des demandes. Et puis beaucoup d'observations qualitativement, d'échange avec les parents, d'échanges avec les enseignants, d'échanges avec les équipes aussi, parce que souvent elles, elles voient des choses aussi. Après j'évalue aussi les praxies, les traitements visuo-spatiaux avec la NEPSY. Tout ce qui est repérage spatial aussi. Après le traitement cognitif, donc ce qui est stratégie, comment ils se positionnent dans la résolution de problèmes. J'essaye de faire un petit peu le tour et puis de réorienter si possible, quand il y a vraiment besoin d'un psychomot' ou alors d'un neuropsychologue.

M : Est-ce qu'il vous arrive de devoir gérer un désaccord, ou un trouble du comportement avec un enfant ?

EA : Oui oui, souvent. Alors, nous on a été formés à PCM. Donc PCM en fait, ça s'appelle la gestion professionnelle des crises. En fait, c'est tout un programme développé aux Etats-Unis, donc on a toutes les interventions non physiques. Donc sur les crises, quand on agit sur les antécédents. En fait, quand on a des troubles du comportement, il faut toujours chercher la fonction, savoir pourquoi l'enfant fait ce trouble là. Donc, pour chercher la fonction, il faut analyser qu'est ce qu'il s'est passé avant et qu'est ce qu'il s'est passé après. Et du coup, une fois qu'on a la fonction, on peut agir sur les antécédents. Si l'enfant fait des troubles du comportement pour échapper à la tâche par exemple, on va lui apprendre à dire que c'est trop difficile, ou alors on va réduire les exigences, tout en gardant la tâche demandée au départ. Mais on réduit les exigences pour qu'il fasse quand même, pour réduire l'échappement en fait. Et surtout, que ce soit de l'échappement adapté. Donc s'il me dit que c'est trop difficile, ok on change quoi, je reviendrai dessus plus tard, en faisant en sorte que ça soit moins difficile. Mais ça ne doit pas partir en

troubles du comportement. Et dans le PCM, on fait des interventions physiques donc là c'est des immobilisations en fait, quand l'enfant devient trop violent. Donc c'est des protocoles très particuliers, c'est une grosse formation. Et là on est en train de les mettre en place en fait. Ça aussi ça m'arrive souvent.

M : Quels sont les différents comportements de l'enfant que vous pouvez observer par rapport au jeu, une fois que vous lui avez présenté ?

EA : Par rapport au jeu, ça dépend toujours si c'est un jeu plaisir ou si c'est un jeu où il va y avoir une consigne. On a souvent des comportements un peu, entre guillemet, auto-stimulateurs. Ils vont utiliser le jeu d'une certaine façon, qui n'est pas forcément celle qui était prévue au départ. Donc c'est ce que je disais avec le labyrinthe à bille, donc faire descendre la bille encore, et encore, et encore, et encore, donc là ça peut devenir hyper envahissant. Après, il y a des enfants qui entrent à fond dans la socialisation, donc quand on leur propose un jeu à plusieurs, ils vont entrer en contact avec les autres enfants, ils vont les interpeller, il peut y avoir une augmentation du contact visuel, des demandes aussi. Parce qu'on s'en sert beaucoup pour travailler les demandes aussi. Quand on garde les dés, et qu'on attend qu'il les demande par exemple, ou des demandes d'aide aussi. Quand c'est un jeu où on sait que c'est un peu compliqué, on les met en situation pour les obliger à nous demander de l'aide par exemple. C'est pas violent hein, là on va garder au lieu de les lui donner, ou des choses comme ça. Au niveau des comportements après, forcément il y a des comportements où ils vont aller prendre le dé chez l'autre, ou ils vont essayer de changer les règles pour pouvoir gagner. Donc par exemple : non celui qui gagne c'est celui qui avait le plus de cartes, alors que la règle que c'était celui qui en a le moins, donc c'est changer les règles comme ça. Ou alors un personnage qui est tombé, il le redresse alors que non, s'il est tombé il faut l'enlever. Après voilà, c'est des comportements qui peuvent rejoindre aussi ceux d'une enfant lambda. Après pour revenir sur les autostimulations, c'est par exemple lorsqu'ils vont se pencher sur le jeu pour entendre le bruit, et qu'ils vont pas participer au jeu en fait, mais c'est un élément qui les stimule et du coup ils vont prendre ce jeu là parce qu'il fait de la musique. Le Uno extrême® par exemple, ils vont appuyer dessus pour que toutes les cartes sortent, parce que c'est le bruit que ça fait qui leur fait plaisir en fait. C'est pas jouer au Uno® qui est cool, c'est faire sortir les cartes quoi. C'est pour ça que quand on dit qu'on utilise les jeux

comme renforçateurs, en fait ça n'a rien à voir avec le jeu tel que nous on le voit. Mais voilà, si c'est un labyrinthe à bille, bon je prends toujours cet exemple parce que c'est assez flagrant, avec les billes, avec le bruit de tomber à chaque fois, à chaque étage, etc. Il y a aussi des comportements où il nous repousse en fait, où il veut jouer tout seul donc il va nous repousser, ou repousser les autres enfants. Donc nous on vient d'ouvrir hein, donc pour les enfants qui entrent pas vraiment dans la socialisation, on évite des les mettre les uns avec les autres pour qu'il n'y ait pas de débordements. On essaye de sélectionner les groupes avec des enfants qui sont déjà dans la socialisation, qui ont déjà envie d'aller vers les autres et on peut guider des comportements adaptés. Ceux qui sont vraiment en train de repousser les mains, de sauter sur l'autre pour prendre le dé et tout, on travaille d'abord avec plusieurs éducatrices, ou à deux même, avant de les confronter, entre guillemets, à d'autres enfants pour lesquels ça pourrait être un peu choquant peut être. Essayer de leur apprendre déjà des comportements adaptés. Ou alors on travaille à l'école, s'ils vont vers les autres, etc. Ensuite, il y en a qui sont très sensibles à l'échec, donc voilà, ils changent les règles du jeu ou alors ils vont commencer un trouble du comportement, tout renverser, taper. Après quand il y a échec, on essaye de rediriger sur autre chose. On minimise jamais ce que l'enfant ressent donc on essaye d'éviter les : c'est pas grave, etc. On fait un autre jeu, ou alors : là t'as pas eu un six pour continuer à jouer, mais plus vite on aura refait le tour et plus vite tu auras à nouveau les dés. Essayer de pas insister sur l'échec mais hop, de passer à autre chose. Pour pas les laisser s'enfermer dans le : j'ai perdu. Ou alors on propose une autre partie, et on leur propose toujours ce modèle de : quand je perds, qu'est ce que je peux faire, est ce que je propose une autre partie, ou est ce que je propose un autre jeu ou je demande à m'isoler, enfin voilà. Ça dépend des enfants, mais on essaie toujours de leur proposer autre chose qui soit adapté en fait.

M : Dans le cadre de ce jeu, comment est votre relation avec l'enfant ? Qu'arrivez-vous à établir avec lui et éventuellement, avec d'autres personnes ?

EA : Alors déjà on a cinquante/cinquante de verbaux et non verbaux. On en a plusieurs qui sont verbaux, on en a plusieurs qui communiquent par PECS. Il y en a qui ne sont pas verbaux du tout, mais il y a quand même une forme de communication non verbale, ils peuvent nous regarder, prendre notre main, enfin utiliser l'autre comme un outil en fait,

je sais pas si c'est un forme de communication mais c'est une forme d'interaction en tout cas. Du coup, dans le jeu on essaye toujours d'en profiter pour proposer des comportements adaptés. Donc un enfant qui va prendre notre main, on va donner un modèle, par exemple : aide moi ou alors regarde moi, et s'il me regarde hop, je l'aide, mais je fais pas à sa place, je prends sa main et c'est lui qui fait. Je lui montre comment faire. Pour ceux qui sont verbaux, c'est toujours donner le modèle, en général on passe de très bons moments, on peut vraiment beaucoup rigoler, parce que parfois en fait, enfin moi en général je les trouve drôles quoi. Parce que des fois ils disent : mais pourquoi cette règle elle est comme ça ? Et je dis : beh ouais je sais pas. Donc c'est vraiment de la chance. Donc tant que c'est adapté, on peut tout faire. Donc s'il demande à changer la règle et que c'est vraiment adapté, moi en général je refuse pas. À moins que l'objectif soit vraiment qu'il doive respecter les règles, du coup je vais mettre une consigne sur autre chose. C'est toujours un peu ce jeu de contrôle, c'est toi qui as le contrôle, je te le laisse un peu mais je le reprends derrière. C'est toujours un petit peu comme ça parce qu'il y en a qui sont vraiment dans le contrôle ++ donc ils vont toujours changer pour que ce soit eux qui décident quoi.

M : Est-ce qu'ils respectent la durée de l'activité ?

EA : Pour ceux avec qui je travaille, ils respectent plutôt bien. Après, comment dire, quand on va faire une activité avec un enfant autiste, on commence toujours par la période de *pairing*. Donc cette période de *pairing*, c'est vraiment se rendre agréable. Donc l'idée c'est un peu de suivre sa motivation. Quand on propose quelque chose et qu'il rentre dedans, on va faire avec lui et on essaye de proposer autre chose, mais on va aussi aller vers ce vers quoi lui-même il irait. Donc l'idée c'est d'être nous, agréables pour lui, dans ce qu'il aime bien. Donc ça dépend toujours à quelle période il se situe. Si l'enfant a un trouble de l'attention et qu'on sait qu'il va se concentrer pas plus de cinq minutes, on essaie de pas proposer tout de suite des activités qui vont faire plus de cinq minutes. Donc en fait, ils respectent la durée mais aussi parce que nous, on adapte la durée à ce qu'on sait qu'il est capable de faire. Donc il y a un double enjeu. Si on n'a pas un bon *pairing* avec un enfant, il va pas respecter nos consignes en fait. Donc souvent, le *pairing* ça doit se travailler à chaque séance. Il y a toujours un peu cette période de jeu, où on va le laisser faire ce qu'il veut, et ensuite nous on introduit des consignes. Et quand on voit

qu'il répond bien, c'est là qu'on peut intégrer une consigne difficile en fait. Je commence jamais ma séance en disant : tu écris. C'est pas la peine. Enfin, il y en a qui vont le faire, mais ça va forcément altérer la relation quoi. On est toujours dans un respect mutuel des capacités des uns et des autres, enfin en tout cas on essaye. Mais c'est pas toujours facile.

M : Pour conclure cet entretien, une dernière question : pour vous quel est l'intérêt du jeu dans le cadre d'un accompagnement avec un enfant autiste ? Les avantages, les éventuels inconvénients qu'il présente...

EA : L'intérêt du jeu c'est que c'est un moyen qu'on peut détourner comme on a envie, parce que souvent il y a du matériel qu'on peut utiliser selon différents objectifs. Donc ça, pour moi, c'est un intérêt principal, et surtout c'est un moyen qui est exhaustif parce qu'au départ on peut l'utiliser d'une certaine façon, et petit à petit avec un enfant qui progresse, proposer d'autres règles, et puis finalement arriver à une socialisation avec ce même jeu, qui au départ était utilisé parce qu'on faisait les préhensions, et qui maintenant est utilisé parce qu'on va faire un jeu de société en fait. Après l'inconvénient, c'est qu'il y a des jeux qui sont assez rigides quoi, ou alors, si on les utilise pas avec les règles c'est assez compliqué de les détourner. Ou alors des jeux qui sont trop stimulants pour certains au niveau sensoriels. Justement, tous ceux qui font du bruit, donc les jeux qu'on peut pas éteindre, où on peut pas enlever le son par exemple, je trouve ça compliqué, ou alors ça devient trop envahissant en fait. Il y en a, en fait, du moment où c'est allumé ils ne sont plus du tout présents en fait. Ils sont dans leur monde, à écouter ce truc-là, et on peut pas leur enlever. C'est peut être le point négatif mais parfois c'est pas super négatif non plus.

▪ **Ergothérapeute B**

Moi : Dans quelle structure travaillez-vous ?

Ergothérapeute B : En libéral seulement.

M : Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes ?

EB : C'est un peu compliqué comme question, je vais juste du coup expliquer mon parcours. Je travaillais juste avant en fait en CAMSP sur la région parisienne. Et du coup, ça faisait un an où on commençait à m'envoyer des enfants qui étaient pas forcément tout de suite diagnostiqués autistes, mais bon où il y avait des traits autistiques et où on se posait la question, comme c'était des zéro-six ans, des touts petits. Et du coup, j'en ai eu en bilan par rapport aux troubles des apprentissages, des trucs comme ça. Mais je ne suis pas forcément formée pour être avec des enfants autistes particulièrement. Et là du coup en libéral, j'en ai deux enfants qui sont sur ce registre là. C'est pas la majorité des enfants que je vois.

M : Quel est l'âge moyen des enfants qui vous accompagnent ?

EB : Il y en a une, elle vient d'avoir sept ans et l'autre elle a... Alors elle je suis en cours de bilan, elle a 10 ans.

M : Savez-vous à quel âge ont-elles été diagnostiquées ?

EB : Alors la petite de sept ans, ça fait quelques mois. On se posait la question entre un trouble de l'opposition, et puis à priori on part plutôt sur une petite autiste, mais bon voilà léger et puis avec un bon niveau. Et puis la demoiselle, je ne sais plus. Je ne la connais pas bien et les autres en CAMSP, ils n'étaient pas forcément diagnostiqués tu vois, ou alors très récemment.

M : Ont-elles suivi certains programmes ou méthodes d'intervention ? Si oui, lesquelles ?

EB : Si c'est tout ce qui est ABA et tout, pas du tout. Donc la petite pas du tout, l'autre non plus, et au CAMSP les professionnels étaient en train de se former à TEACCH et tout. Mais voilà, pas du tout. Et alors moi avec la formation sur l'intégration neurosensorielle, c'est encore moins là-dedans quoi.

M : En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

EB : 2004.

M : Quel âge avez-vous ?

EB : Trente-sept ans.

M : En plus de l'intégration neurosensorielle, avez-vous fait une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

EB : Alors oui, j'avais fait tout ce qui est rééducation de la sensori-motricité avec les tout petits de zéro à trois ans. Alors après, des congrès ou des choses comme ça mais autre chose, non. Et là, je vais faire CO-OP, donc rien à voir. En fait c'est vraiment à l'opposé de l'intégration neurosensorielle dans la façon d'intervenir. On est vraiment au plus proche des activités des personnes, on part vraiment de leurs besoins, de leurs demandes. On part pas des fonctions cognitives comme on fait souvent avec les bilans en France, par contre on parle plutôt d'une tâche à réaliser. Enfin c'est vraiment tout un questionnaire en fait. C'est assez énorme je crois. On verra bien.

M : Dans le cadre de votre accompagnement en ergothérapie, comment est ce que vous vous organisez pour proposer et mettre en place un jeu avec un enfant autiste ?

EB : Alors du coup c'est hyper vaste, oui. Alors du coup, je pense que tu cibles des enfants qui ont un autisme assez sévère je pense. Parce que là tu vois, sur la petite que j'ai, j'ai pas forcément aménagé l'environnement, c'est pas une enfant qui a besoin qui il n'y ait aucun stimulus visuel ou auditif, elle vraiment sur un autisme léger. Quelqu'un qui est sur l'extérieur, je sais pas s'il dirait qu'elle est autiste tu vois. Elle va pas avoir des stéréotypies qui vont venir comme ça, il faut vraiment certaines situations. Du coup tu vois, je fais pas forcément d'aménagement. Après j'ai mes objectifs, notamment tout le travail sensoriel, mais du coup j'arrive avec des activités à travailler, par exemple des fonctions vestibulaires à travailler avec le gros ballon, enfin tu vois. Je propose l'activité en lui disant ce qu'on va faire, pourquoi on le fait, et elle y va tout de suite tu vois. Il y a pas de soucis, y'a pas ce problème relationnel. C'est pour ça que ça biaise peut être un peu ton questionnaire...

M : On va voir avec la suite des réponses mais je pense que ça reste intéressant de toute manière. Du coup, comment accompagnez-vous cet enfant dans le cadre de ce jeu ?

EB : Alors déjà, pour la valorisation c'est pas comme pour ABA, etc. Je vais être dans un truc très classique, c'est-à-dire que si elle réussit, je vais l'encourager, je vais lui dire bravo super, je suis fière de toi, voilà des choses comme ça. Mais il ne va pas y avoir un système de récompense, ou alors si, ça va être : écoute voilà, maintenant tu choisis l'activité que tu veux, le jeu que tu veux en fin de séance. Mais je veux dire, ça je le fais pour tous les enfants. C'est-à-dire qu'en fin de séance ils ont un temps où c'est un peu plus libre, c'est eux qui choisissent, je dirige quasiment plus parce que souvent ils choisissent quelque chose qu'ils réussissent. Après effectivement voilà, enfin avec l'intégration neurosensorielle, je suis beaucoup sur ce qui est motricité globale, avec des jeux de ballons, des jeux d'équilibre, donc c'est pas compliqué tu vois. Il faudrait vraiment que j'ai un enfant qui soit beaucoup fermé dans la relation pour que ce soit directif, alors que là en fait avec elle pas du tout. Alors si, après si elle teste le cadre, qu'elle veut sortir de l'activité, qu'elle suit pas les consignes, je vais lui rappeler, je vais lui réexpliquer et m'adapter. Après voilà, elle peut proposer aussi de dévier l'activité, mais tant que moi j'ai mon objectif en tête, je m'adapte. Après moi je l'ai pas depuis longtemps donc je sais qu'il y a un jeu qu'elle va me ramener, mais c'est moi qui amène donc ça facilite la tâche. Donc du coup, je lui amène, mais si on n'avance pas, qu'on reste bloquées, j'amènerai un autre jeu, un autre support, tout en restant dans ce qu'elle aime, dans ce qui l'attire. Mais elle est pas dans des stéréotypies, elle est pas du tout dans de la répétition.

M : Est-ce que vous échangez avec les parents sur les jeux que vous proposez ?

EB : Oui, d'autant plus avec des enfants qui ont des particularités sensorielles. Du coup, on fait un peu une enquête tu vois, parce qu'il y a des comportements. Par exemple, elle se fait encore pipi dessus. Mais voilà, on se posait la question : est ce que c'est la sensation, parce qu'elle est hypo-sensible au niveau tactile, ou est ce qu'on est sur quelque chose de plus de l'odeur. On sait par exemple qu'elle va la cacher, elle la met dans un coin et après elle la repère et elle est en train de renifler donc voilà. Avec la maison on est vraiment en lien pour mettre des choses en place. Par rapport à l'hypo-sensibilité par exemple du coup, il y a un protocole que j'essaie de mettre en place, le Wilbarger brushing, je sais pas si tu connais. Enfin voilà, il y a des choses comme ça que l'on met en place. On va voir aussi comment elle arrive à s'habiller, à suivre un peu l'organisation de la maison quoi. Elle a un frère aussi qui est autiste, moi je le suis pas

mais il est en psychomot', mais la mère va peut être le basculer sur de l'ergo. Mais voilà, c'est en pour parler peut être pour septembre, voir les objectifs qu'il y a pour lui. Mais effectivement, je travaille beaucoup beaucoup avec les parents pour essayer de trouver sur chaque situation une solution, de comprendre pourquoi il y a tel ou tel comportement, etc.

M : D'accord, et parfois, comment voyez-vous que le jeu est trop complexe pour l'enfant ?

EB : Alors, soit il te le dit, hein. Des fois les enfants sont d'une simplicité, c'est bien. Soit il te dit j'ai rien compris, soit c'est trop dur, soit tu vois que l'enfant, il se lève, il part sur autre chose, ou il le zappe complet, il va chercher un autre jeu. Enfin voilà, il peut vraiment y avoir divers comportements chez l'enfant.

M : Justement, quand il y a des troubles du comportement ou des désaccords, comment vous les gérez ?

EB : Alors après ça dépend des enfants, mais moi j'essaie beaucoup de toujours discuter, j'essaie de voir qu'est ce qu'il se passe, est ce que c'est trop compliqué. Bon après, c'est des enfants qui verbalisent donc c'est plus facile peut être qu'avec des enfants autistes qui n'ont pas le langage. Mais voilà, j'essaie de discuter avec eux, de comprendre le pourquoi du comment, qu'est ce qui paraît compliqué, est ce que c'est la forme, est ce que c'est la consigne qui est compliquée. Enfin voilà, du coup j'essaie quand même de la rassurer, de la mettre en confiance. Voilà, soit on fait des petites étapes, une par une, petit à petit on arrive à faire le jeu, soit je détourne complètement le jeu, c'est-à-dire où on va utiliser le jeu autrement par rapport à une inquiétude que l'enfant peut avoir. Ou ça peut arriver que ça bloque complètement, et là ça sert à rien d'insister. Enfin voilà, j'essaie de ne pas me mettre en conflit avec ces enfants quoi. C'est vraiment essayer de s'adapter au plus juste, et d'essayer de sentir si : oh non j'ai pas envie de ce jeu juste parce que j'ai pas envie, ou si c'est trop compliqué. Une fois que tu connais les enfants, t'arrives un petit peu à savoir quelles sont les limites, est ce que là t'as été un peu trop loin, est ce que t'as mis la barre un peu haute, ou est ce qu'il est fatigué. Tu questionnes la famille : est ce que la nuit a été compliquée, etc. C'est aussi connaître dans quel contexte l'enfant vient te voir. Et ça te permet du coup, de savoir si vraiment c'est une journée qui est un peu compliquée pour lui, et du coup tu vas pas insister et tu vas

essayer de détourner pour qu'il arrive quand même à l'objectif du travail, soit complètement réadapter le jeu.

M : Alors, vous avez déjà en partie répondu mais, quels sont les différents comportements de l'enfant que vous pouvez observer par rapport au jeu, une fois que vous lui avez présenté ?

EB : Après voilà, tu peux avoir le jeu qui est vraiment trop excitant pour l'enfant, c'est quelque chose qu'il aime beaucoup, mais au fur et à mesure tu vois que ça grimpe, ça grimpe, et la modulation est plus possible au niveau du comportement en réponse au jeu. Et que du coup voilà, c'est ça aussi, il faut aussi apprendre qu'il y a certains jeux, soit qui sont trop bruyants, soit c'est parce que y'a trop de stimuli visuels donc je vois que ça grimpe, ça grimpe. Ou que l'enfant gagne et qu'il y a cette émotion positive qui arrive et qui est difficile à gérer. Enfin voilà, du coup il arrive plus du tout à moduler sa réponse et ça devient trop, c'est plus adapté. Donc tu as ça, ou alors tu sens qu'il va se replier ou alors s'énerver. L'enfant qui sort de la pièce, ça m'est déjà arrivé, parce que voilà, soit un peu d'échec, soit un peu compliqué, du coup c'est trop difficile à gérer. Du coup l'enfant il coupe la relation et il peut s'en aller ou alors se replier, mais du coup tu peux toujours avoir un peu une autre approche.

M : Qu'est ce que vous prenez en compte pour choisir les jeux que vous proposez ?

EB : Alors je fais le bilan et puis suivant ce que j'ai observé qui est compliqué, et en prenant en compte ce qu'aime l'enfant et ses points forts, pour justement s'appuyer sur les points forts pour essayer d'améliorer les points faibles. C'est vraiment en fonction du bilan, de ce que je peux observer. Et puis après, tu peux très bien observer des choses sur une épreuve et puis finalement, tu te rends compte en connaissant l'enfant que c'est peut être pas forcément ça. Enfin tu vois, je dis n'importe quoi mais par exemple, tu vois qu'au niveau pratique c'est un peu compliqué, mais que finalement c'est plutôt situé au niveau exécutif. C'est aussi au fur et à mesure que tu connais l'enfant, que tu arrives à voir comment il fonctionne, quel est vraiment son fonctionnement au niveau cognitif, et du coup tu arrives un petit peu mieux à faire le tri, et à savoir par exemple que ça c'est vraiment très compliqué pour lui. Et on va essayer de trouver une activité en fonction de ce que ça fait travailler, ou en fonction des consignes que je vais donner, je vais pouvoir arriver à l'objectif que je veux. Du coup le bilan, pour les plus petits j'utilise la batterie

Talbot. Alors je sais que c'est vieux mais bon voilà j'ai que ça pour l'instant, mais franchement elle est vraiment bien. Après voilà, ce qui lui est reproché c'est qu'ils veulent des chiffres, des cotations. Mais c'est-à-dire que quand tu regardes le bilan psychomot', c'est beaucoup beaucoup de chiffres mais finalement y'a pas d'analyse, y'a aucune observation. Du coup c'est pas très intéressant et tu vois pas trop comment fonctionne l'enfant. Alors qu'effectivement, la batterie Talbot, t'as pas de notes, c'est pas coté, donc on est vraiment dans l'observation, donc c'est intéressant. Là on est en train de voir pour acheter la MABC, la deux d'ailleurs, c'est la deux qui est sortie, c'est une batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant. Après j'utilise le DTVP 2 (« *Developmental Test of Visual Perception* »), pareil, on va bientôt avoir le DTVP 3, qui est sorti, donc pour tout ce qui est au niveau spatial. Du coup j'utilise aussi le profil sensoriel, et au niveau sensoriel j'utilise aussi le QNSP 2 donc le Quick Neurological Screening Test, donc c'est pas du tout connu en France, c'est pour les tous petits les reflexes posturaux, l'équilibre, etc. Un peu la NEPSY, mais quelques tests, je fais pas passer toute la NEPSY. Après pour les plus grands, je peux être amenée sur le BHK (évaluation de l'écriture), mais moi comme j'ai pas trop de grands, je suis pas trop là-dessus, comme tout ce qui est par rapport au clavier. Moi, comme c'est pas la demande, je suis pas là-dessus. Je peux faire des copies de figures de la NEPSY. Je peux utiliser après tout ce qui est exploration visuelle, je vais utiliser soit les nounours, en fonction de l'âge, ou les cloches, ou l'attention visuelle de la NEPSY. Voilà c'est déjà pas mal. Après le questionnaire sur la vie quotidienne, c'est un peu un truc maison, comment ça se passe pour l'habillage, pour le repas, tout ça, voilà en gros.

M : Dans le cadre de ce jeu, comment est votre relation avec lui ? Qu'arrivez-vous à établir avec lui et éventuellement, avec d'autres enfants ?

EB : Là, en libéral, je fais pas de séances à plusieurs. Ça m'est arrivé un peu au CAMSP. Après moi ils sont verbaux, la relation se fait facilement, ils sont dans l'échange. Enfin moi voilà, il n'y a pas ce souci-là, elle va me lancer la balle sans problème. On joue aux cartes, elle me regarde, elle distribue, voilà elle va me dire : j'ai gagné, là j'ai été bloquée. Là on est vraiment dans quelque chose de très classique.

M : Est-ce qu'elle respecte la durée des activités ?

EB : Ça dépend sur quel type d'activité ou de jeu. Après de manière générale, elle respecte bien la durée. Après soit elle va être trop excitée par l'activité, du coup ça monte, ça monte, et comme elle aime bien bouger tu vois, elle peut me grimper dessus, des choses comme ça. Donc c'est là qu'il faut rappeler le cadre, répéter la consigne, dire que c'est pas possible, etc. Ou alors, elle, souvent dans les jeux où, comme elle a des soucis de posture, ça va faire en plus travailler toute la partie scapulaire, au bout d'un moment ça fait trop aussi tu vois.

M : Pour conclure cet entretien, une dernière question : pour vous quel est l'intérêt du jeu dans le cadre d'un accompagnement avec un enfant autiste ? Les avantages, les éventuels inconvénients qu'il présente...

EB : Il n'y a que des avantages avec les enfants en fait. Le jeu c'est un peu la base pour les apprentissages pour les enfants, on voit bien qu'on arrive beaucoup mieux à les faire travailler, ils ne se rendent pas compte qu'ils travaillent. Donc vraiment, y'a que des avantages à utiliser le jeu, que ce soit les jeux de société, les jeux moteurs, voilà. Tu peux toujours en plus, dériver ou amener une consigne supplémentaire. Enfin tu vois, en plus tu peux les faire travailler, que ce soit au sol, que ce soit contre le mur, etc. Après, les inconvénients, j'en vois pas forcément puisque c'est dans ma pratique. Enfin voilà, je trouve que quand tu travailles en pédiatrie, c'est l'essentiel quoi.

▪ **Ergothérapeute C**

Moi : Dans quelle structure travaillez-vous ?

Ergothérapeute C : Je suis dans un SESSAD autisme.

M : Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes ?

EC : Depuis septembre 2015.

M : Quel est l'âge moyen des enfants qui vous accompagnent ?

EC : Alors, on a un agrément pour les zéro-vingt ans mais actuellement le plus jeune a cinq ans et le plus grand en a dix-neuf. C'est assez hétérogène, principalement, j'accompagne les dix/quatorze ans, c'est ceux que je vois le plus.

M : Savez-vous à quel âge ont-ils été diagnostiqués ?

EC : Alors c'est très hétérogène. La petite de cinq ans a été diagnostiquée, je crois, avant ses trois ans. Et puis on en a qui arrive à l'adolescence. Alors ça, c'est les meilleurs niveaux. Donc c'est vraiment hétérogène en fonction des jeunes qu'on a.

M : Ont-ils suivi certains programmes ou méthodes d'intervention ? Si oui, lesquelles ?

EC : Oui, certains étaient suivis en CMP (Centre Médico-Psychologique) et puis d'autres avaient des suivis en libéral, en orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, principalement. Je crois que c'est principalement ce qu'on a. Et ici, au SESSAD, on fait de l'éducation structurée, enfin on respecte les recommandations de l'HAS. Après on n'est pas centré sur une méthode en particulier. On fait un peu de l'ABA, du TEACCH, on peut faire du PECS quand y'a besoin, voilà.

M : En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

EC : Juin 2015.

M : Quel âge avez-vous ?

EC : Vingt-quatre ans.

M : Avez-vous fait une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

EC : En fait, la première année où j'ai exercé, j'étais à mi-temps et en parallèle, j'ai fait un master de sciences cognitives. Et après, dans le cadre de mon emploi, j'ai fait des

formations J'ai eu une semaine de formation sur l'autisme, une formation assez généraliste sur l'autisme et les prises en charges, j'ai ensuite eu une autre formation sur les habiletés sociales chez les personnes TSA et là récemment, j'ai eu une formation sur la sexualité chez les personnes autistes.

M : Dans le cadre de votre accompagnement en ergothérapie, comment est-ce que vous vous organisez pour proposer et mettre en place un jeu avec un enfant autiste ?

EC : Alors du coup, ce que je vais dire c'est valable pour le jeu, mais c'est aussi valable pour les autres accompagnements. C'est vrai que les enfants autistes, donc ils ont besoin de structurations, donc du coup, en fonction des enfants, je leur propose un emploi du temps, soit sous forme de check-list, soit une bande avec des pictos à décrocher au fur et à mesure, soit même des objets. Donc ça, c'est pour vraiment la structuration de la séance et après pour l'activité en elle-même, je peux être amenée à la structurer pour l'adapter à l'enfant. Par exemple, si l'objectif du jeu, c'est de travailler le tour de rôle, je peux utiliser... Par exemple, pour un jeune, j'avais pris sa photo et ma photo et j'utilisais un curseur. Donc une fois je pointais le curseur sur moi pour dire que c'était à moi de jouer, et une fois sur sa photo pour dire que c'était à lui de jouer. Ça peut être des choses comme ça. Ça peut être : écrire les règles du jeu, avoir tout sous forme de visuel. Ça peut être aussi de simplifier le plateau de jeux. Pour certains, c'est des jeux un peu plus complexes, je les fais pas dans le cadre de mes séances individuelles mais ça peut nous arriver d'avoir des séances de groupes et dans ce cas, on peut faire des jeux qui sont plus longs. Donc en adaptant les supports, en les épurant... Voilà, en adaptant vraiment en fonction du niveau de compréhension des jeunes.

M : Comment accompagnez-vous ces enfants dans le cadre de ce jeu ?

EC : Beaucoup le visuel aussi pour les consignes, et puis après adapter. C'est vrai, enfin c'est valable pour les autres enfants qu'on suit. Parfois y'a des choses qu'on est obligés d'ajuster parce que les consignes, c'est parfois trop compliqué ou au contraire trop facile et du coup on peut augmenter le niveau de difficulté en fonction du jeune qu'on a. Après, quelque chose de très important, c'est les renforçateurs. Après, souvent, le jeu en soi, enfin, le fait de choisir des activités que le jeune apprécie, pour le coup le jeu est parfois en lui-même motivateur. On peut le faire en fin de séance, quand on a fait des choses qu'il aime moins avant, et on peut terminer en faisant des activités plus ludiques du coup,

pour avoir son rôle de motivateur. Ensuite, quand j'arrive à trouver un jeu qui répond aux objectifs visés et qui en plus est très apprécié par le jeune, ça devient un peu une sorte de rituel, de routine, ça donne un peu des repères pour le jeune et ça permet aussi de mesurer la progression, vu qu'il y a des jeux qui ont plusieurs niveaux de difficultés. Donc ça nous permet de travailler de manière ludique. Après pour la manière dont je vais aider le jeune, ça va dépendre. Souvent ça va être de la décomposition avec un étayage verbal. Après, si c'est un jeu qui fait appel aux habiletés gestuelles ça peut être simplifié, par exemple, si c'est prendre des petites pièces avec une pince, on va les prendre avec une pince plus grosse ou alors avec les doigts, voilà. Ça va être adapter le niveau de difficulté encore une fois, pour qu'on soit toujours dans la zone proximale de développement de l'enfant, pour que ce soit pas trop facile, ni trop dur, et qu'on soit juste au niveau de l'objectif qu'on vise.

M : Est-ce que parfois vous rencontrez des désaccords avec les enfants ?

EC : Ça peut arriver que certains veuillent faire les règles comme ils ont envie, certains qui ne veulent pas respecter les règles qu'on leur donne ou alors, qui trouvent le jeu trop cool, et qui veulent plus partir de la séance ou qui ne veulent pas passer à l'activité suivante. Dans ces cas là, si y'a des motivateurs en place, j'essaie de faire en fonction des motivateurs. Rappeler le cadre aussi, du coup les règles, vu que j'ai le Timer®, dire : voilà la séance est terminée. Et puis, malheureusement parfois ça ne suffit pas, donc ça rentre un peu dans la négociation et puis l'idée, c'est surtout d'apprendre de ses erreurs. Du coup la séance d'après, mettre des motivateurs plus puissants ou structurer la séance différemment pour éviter que la situation se reproduise durant les activités. Et ça m'est même arrivé, l'activité était tellement trop stimulante pour le jeune que je ne l'ai pas reproposée, parce que le jeune faisait vraiment des colères, il voulait plus partir donc voilà.

M : Quels sont les différents comportements de l'enfant que vous pouvez observer par rapport au jeu, une fois que vous lui avez présenté ?

EC : De l'enthousiasme. Soit ils sont contents, surtout si c'est des jeunes, parfois y'a des aspects sensoriels qui rentrent en jeu, du coup ça c'est stimulant aussi pour eux, plaisant et puis parfois c'est même tellement stimulant que ça peut en devenir frustrant en fait, de devoir la stopper ou de ne pas pouvoir faire comme on a envie de faire. Après, j'ai

rarement des situations problématiques face à l'échec parce que déjà j'essaie d'être bienveillante. Parce qu'après mes objectifs c'est pas forcément de les faire perdre, c'est qu'ils apprennent aussi. Donc ça arrive qu'ils perdent, ça arrive que je gagne volontairement, ou pas d'ailleurs. Mais c'est pas tellement l'échec qui les dérange, mais plus le fait de devoir arrêter l'activité ou alors que ça se passe comme ils aient envie.

M : Que prenez vous en compte pour choisir les jeux que vous proposez ?

EC : Le niveau de difficultés et que ça corresponde à mes objectifs. C'est vrai qu'avec un même jeu, on peut faire travailler différentes choses. Je peux mettre l'accent plus ou moins sur un des critères en fonction de ce qu'il a envie, et notamment en fonction de ses particularités, notamment sensorielles. Je pense notamment aux formes, j'avais un jeune qui était assez fixé sur les formes. Du coup, j'évitais de lui proposer des jeux où il y avait des formes, parce que je savais que systématiquement il pouvait partir après dans ses stéréotypies, donc voilà.

M : Dans le cadre de ce jeu, comment est votre relation avec lui ? Qu'arrivez-vous à établir avec lui et éventuellement, avec d'autres personnes ?

EC : Je pense que c'est comme le reste des activités. On est là pour les accompagner, les aider, donc une certaine bienveillance. Je suis pas là pour le faire perdre, ou voilà. Après si justement, c'est sur travailler le fait de perdre, pour qu'avec ses copains ça se passe mieux, alors on va travailler aussi, mais toujours avec de la bienveillance et y aller progressivement pour pas le mettre en échec. Mais bon ça, j'ai envie de dire, ça fait partie de notre accompagnement en ergo. On n'est pas là pour casser les gens. Après, ce qu'on peut travailler au-delà des choses de rééduc', qui sont propre à notre métier. On peut travailler tout ce qui va être le tour de rôle, enfin tout ce qui va relever des habiletés sociales. Respecter l'autre, accepter de perdre. On essaie de travailler les émotions. Qu'est-ce que ça me fait quand je perds ? Qu'est-ce que ça me fait quand je gagne ? Alors ça, c'est plus effectivement en groupe, parce qu'en séances individuelles, les émotions sont plus travaillées avec mes collègues, les psychologues et psychomot', mais ça peut m'arriver d'aborder ça.

M : Est-ce que les enfants que vous suivez sont verbaux ?

EC : Oui alors, j'en ai quelques uns qui sont non verbaux ou qui communiquent via le PECS. Donc ils comprennent, mais ne parlent pas. La plupart le sont, et vu que ce sont des jeunes qui sont scolarisés en milieu ordinaire ou en milieu protégé, ils ont quand même un certain niveau. Après, il y en a qu'on reçoit quand ils sont assez jeunes et qui sont suivis jusqu'à leur dix ans en ULIS et qui après, n'ont pas le niveau pour arriver en ULIS collège. Donc c'est une orientation vers un IME pour les niveaux les plus bas qu'on ait. Mais sinon globalement, ils sont communicants avec certains qui ont une déficience intellectuelle, mais c'est pas une déficience sévère.

M : Comment ça se passe pour les séances en groupe que vous faites ?

EC : En fait, on a des groupes avec des thématiques précises. Je fais pas de groupes jeu en tant que tel, hormis pendant les vacances scolaires où là, nos emplois du temps sont un peu différents et on leur propose justement de se rencontrer au SESSAD, pour partager un moment convivial. Donc ça peut être sous forme de jeu, ou d'activité à l'extérieur qui s'apparente un peu à du jeu, aller faire du bowling ou des choses comme ça donc voilà. Donc là, le but, c'est de travailler la socialisation et qu'ils prennent du plaisir autrement que par la rééducation. Et puis nous, ça nous permet aussi de les voir autrement. Dans ces moments là globalement, on a un petit noyau, ils arrivent quand même un petit peu à échanger et c'est même parfois surprenant. Les dernières vacances, on a fait un groupe assez hétérogène au niveau des âges, justement avec le petit de 5 ans, et c'était marrant parce qu'il y avait un plus grand d'une dizaine d'année qui allait le voir, et qui le saluait. Et vu qu'il était nouveau, il était petit, ils l'ont un peu protégé. Enfin parfois voilà, il se passe des choses assez surprenantes qu'on ne pense pas forcément. On a des jeunes qui n'ont pas forcément l'habitude de se rencontrer et puis d'autres au contraire qui a travers les groupes nouent des liens. Notamment les ados, qui après s'invitent. Alors après, c'est toujours les parents qui aident à prendre contact, parce que pour eux, c'est pas facile d'inviter quelqu'un. Mais voilà, ils peuvent se faire des soirées pizzas ou des soirées au cinéma. Donc voilà, c'est un bon moment, ça les aide à créer du lien.

M : Pour conclure cet entretien, une dernière question : pour vous quel est l'intérêt du jeu dans le cadre d'un accompagnement avec un enfant autiste ? Les avantages, les éventuels inconvénients qu'il présente...

EC : Pour l'intérêt, c'est par définition mais du coup, c'est une activité qui est ludique dans le sens où le jeune n'a pas l'impression qu'il travaille. En fait, on peut travailler plein de choses par le biais du jeu. Et en fait, ils viennent en ergo pour jouer quoi. Alors bon, pour certains ils comprennent pourquoi on leur fait faire ça, et pour les plus petits pas forcément. Mais du coup voilà, nous on peut adapter et les faire travailler pour répondre à nos objectifs, sans que ce soit trop pénible pour le jeune et qu'il passe un bon moment. Après, au niveau des inconvénients, c'est peut être que certains jeux ont des règles, donc parfois c'est pas toujours bien adapté aux jeunes. Après, nous, on peut faire preuve de créativité et les adapter aussi, donc voilà. Après il n'existe pas des jeux pour tout ce qu'on voudrait travailler mais il y en a quand même une bonne palette à disposition.

Résumé

Introduction : En 2017, l'autisme représente une problématique de santé publique en France. Il concerne 1 nouveau-né sur 500. L'objectif de cette étude est de déterminer comment l'ergothérapeute peut favoriser l'apprentissage des interactions sociales des enfants autistes à travers le jeu, selon le modèle d'intervention précoce de Denver.

Méthode : Il s'agit d'une étude clinique qualitative basée sur cinq entretiens avec une mère d'un enfant autiste, une psychomotricienne et trois ergothérapeutes.

Résultats : Les ergothérapeutes recherchent premièrement l'intérêt de l'enfant afin de choisir un jeu adapté. L'apprentissage des interactions sociales peut ensuite se faire grâce au « *jouer ensemble* » et différentes techniques d'apprentissage. L'ergothérapeute considère les parents comme co-thérapeutes et collabore avec les autres professionnels.

Conclusion : Le jeu est essentiel dans la pratique de l'ergothérapeute. Il peut servir de support pour tous les apprentissages des enfants autistes, du sensori-moteur au social.

Mots-clés : ergothérapie ; autisme ; jeu ; apprentissage ; interactions sociales

Abstract

Introduction : In 2017, autism is considered as a public health issue in France. 1 in 500 newborns has autism. The purpose of this study was to determine how occupational therapists can promote social interactions skills for children with autism through playing, according to the Early Start Denver Model.

Methods : Using a clinical study, five persons were interviewed : one mother of a child with autism, one psycho-motor therapist and three occupational therapists.

Results : This study showed that occupational therapists firstly seek the interest of the autistic child in order to find the suitable game. Social interactions skills can be learnt through every game, with learning strategies, because the adult and the child are playing together. Occupational therapists think of parents as co-therapists and collaborate with other professionals.

Conclusion : Game is an essential aid in occupational therapy practice. It can be an aid for every learning for children with autism, from sensori-motor skills to social skills.

Keywords : occupational therapy ; autism ; game ; learning ; social interactions