Regard de l'ergothérapeute sur la socialisation et la communication d'enfants porteurs d'un TSA dans le cadre de jeux guidés en groupe

Victoria Debard

▶ **To cite this version:**

Victoria Debard. Regard de l'ergothérapeute sur la socialisation et la communication d'enfants porteurs d'un TSA dans le cadre de jeux guidés en groupe. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02865887

HAL Id: dumas-02865887

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02865887

Submitted on 12 Jun 2020

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

École des sciences de la réadaptation

Formation Ergothérapie

Victoria DEBARD

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la recherche

18 mai 2020

Regard de l'ergothérapeute sur la socialisation et la communication d'enfants porteurs d'un TSA dans le cadre de jeux guidés en groupe

Sous la direction de PAVÉ Julien et de ROUMÉAS Lydiane

Diplôme d'État d'ergothérapie

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont guidée et soutenue tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Je remercie particulièrement mon directeur de mémoire, M. Pavé, pour sa disponibilité, son aide et ses nombreux conseils.

Je remercie ma référente professionnelle, Mme Rouméas, pour son accompagnement et son expertise.

Je remercie tous les professionnels qui ont donné de leur temps pour participer au questionnaire ou aux entretiens.

Je remercie mon groupe de mémoire pour ses encouragements.

Enfin, je remercie mes proches pour leurs soutiens, leurs avis et leurs relectures.

Table des matières

1 Introduction 1

1.1 Contexte 1

1.2 Thème général 2

1.2.1 Champs disciplinaires 2

1.2.2 Explication terminologique 3

1.2.3 Résonance 5

1.3 Présentation des références de la revue de littérature 6

1.3.1 Bases de données 6

1.3.2 Equations de recherche, mots clefs, filtres et critères d'exclusion et d'inclusion 7

1.4 Revue de littérature 8

1.4.1 Impact du jeu sur la symptomatologie de l'autisme 9

1.4.2 Impact du jeu sur la socialisation 11

1.4.3 Impact du jeu sur la communication 12

1.5 Enquête exploratoire 14

1.5.1 Objectifs de l'enquête exploratoire 14

1.5.2 Critères de l'enquête exploratoire 14

1.5.3 Outil de recueil des données 15

1.5.4 Matrices de questionnement 16

1.5.5 Résultats et analyse de l'enquête exploratoire 16

1.5.6 Problématisation pratique 21

1.5.7 Discussion des résultats et confrontation avec la revue de littérature 23

1.6 Question initiale de recherche 24

1.7 Cadre de référence 25

1.7.1 La dynamique des groupes 25

1.7.2 Le conformisme social 28

1.7.3 Le jeu 29
1.8 Question de recherche et objet de recherche 31
2 Matériel et méthode 33
2.1 Choix de la méthode de recherche 33
2.2 Choix de la population cible 33
2.3 Choix de l'outil de recueil de données 33
2.4 Construction de l'outil 34
2.5 Biais de l'outil 35
2.6 Test de faisabilité et de validité de l'outil 36
2.7 Déroulement de l'enquête 36
2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données 37
3 Résultats 38
3.1 Analyse descriptive 38
3.2 Analyse thématique 38
3.2.1 La communication 38
3.2.2 La socialisation des enfants 40
3.2.3 Jeux et autres supports favorisant la communication et la socialisation 41
3.2.4 Dynamique et gestion du groupe 42
3.2.5 Rôles des adultes 43
3.2.6 Recontextualisation 44
4 Discussion 46
4.1 Interprétation des résultats 46
4.2 Eléments de réponse à la question de recherche 49
4.3 Critique du dispositif de recherche 49
4.4 Apports, intérêt et limites pour la pratique professionnelle 50
4.5 Transférabilité dans la pratique professionnelle 51
4.6 Perspectives de recherche 52

Bibliographie 53
Annexes 56
Annexe 1 : Tableau des bases de données 56
Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature 58
Annexe 3 : Matrices de questionnement de l'enquête exploratoire 66
Annexe 4 : Mail de présentation pour l'envoie du questionnaire 71
Annexe 5 : Matrice théorico-conceptuelle 72
Annexe 6 : Matrice d'entretien 73
Annexe 10 : Grille d'analyse thématique 74
Annexe 11 : Tableau récapitulatif des thèmes et sous-thèmes de l'analyse thématique 90

Glossaire

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

TED : Trouble Envahissant du Développement

DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

HAS : Haute Autorité de Santé

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ABA : Applied Behavior Analysis (Analyse Comportementale Appliquée)

TEACCH : Treatment and education of autistic and related communication handicapped children (Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associés)

AVS : Assistance de Vie Scolaire

Structures médico-sociales pédiatriques :

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile

CEM : Centre d'Education Motrice

Évaluations et échelles utilisées dans l'autisme :

ADOS : Autism Diagnostic Observation Schedule (Echelle d'observation du diagnostic de l'autisme)

CARS : Childhood Autism Rating Scale (Echelle d'évaluation de l'autisme chez l'enfant)

ADI-R : Autism Diagnostic Interview- Revised (Entretien de diagnostic de l'autisme-nouvelle version)

SQC : Social Communication Questionnaire (Questionnaire de communication sociale)

1 Introduction

Dans le cadre de l'UE 6.5 « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche », un mémoire d'initiation à la recherche a été réalisé afin de valider le Diplôme d'Etat d'ergothérapie.

1.1 Contexte

En deuxième année, nous avons eu des cours sur le Trouble du Spectre de l'Autisme et sur sa prise en soin en ergothérapie. La complexité et la diversité de ce handicap m'ont particulièrement intéressée. En effet, le spectre recouvre des formes multiples ce qui rend leurs prises en soin très riches. Par la suite, j'ai réalisé un stage auprès d'enfants porteurs de TSA en CAMSP et en cabinet libéral. Il m'a permis de me rendre compte de la complexité de ce handicap. La difficulté de communication est ce qui m'a le plus marquée parmi les difficultés de ces enfants. Elle est au cœur des difficultés quotidiennes rencontrées par les enfants autistes. Bien que l'ergothérapeute ne soit pas un spécialiste du langage et de la communication comme l'orthophoniste par exemple, je pense que l'ergothérapeute doit s'impliquer pleinement sur cette problématique. En effet, le handicap social est une des plus importantes problématiques rencontrées par les personnes autistes. Je pense que chaque professionnel se doit d'agir sur cette difficulté, chacun à sa façon en fonction de ses compétences professionnelles propres.

En agissant sur la communication, cela permet d'agir aussi sur la socialisation de ces enfants. En effet, être en mesure de communiquer est un prérequis nécessaire. Cependant, il faut aussi pouvoir communiquer de manière adaptée ce qui est presque aussi important que la communication en tant que telle car notre société est remplie de codes sociaux. C'est d'ailleurs ce qui rend la vie parfois bien compliquée pour les personnes porteuses de ce handicap. Ce qui tient à l'évidence pour la majorité des individus neurotypiques tient à l'apprentissage pour les personnes porteuses d'un TSA.

M'intéresser au jeu m'a semblé assez évident en tant que future ergothérapeute. En effet, nous sommes centrés sur les activités d'une personne. Le jeu fait partie des activités quotidiennes d'un enfant et c'est une activité signifiante pour eux. L'aspect signifiant d'une activité, c'est-à-dire l'importance personnelle qu'un individu porte à une activité, est un concept clef de l'ergothérapie. De plus, le jeu est un vecteur d'apprentissage ludique. En tant qu'ergothérapeute, le jeu est un moyen d'intervention idéal pour les enfants.

D'après ce que j'ai pu entendre lors de stages, de cours, de conférences, ce sont

généralement les méthodes comportementales comme la méthode ABA et les méthodes éducatives comme TEACCH qui sont majoritairement utilisées. La HAS les recommande particulièrement en les citant toujours en premier dans les recommandations (1). Il existe aussi des modèles d'intervention de type développemental dans la prise en soin des TSA. Ces méthodes semblent moins utilisées même si elles se développent progressivement en France. Le jeu est en général le moyen principalement utilisé dans ce cas. Je suis particulièrement intéressée par les méthodes développementales du fait de la place centrale du jeu.

C'est ainsi que j'ai trouvé les premiers points clefs de mon mémoire. Je formulerai ainsi le thème de ce mémoire de recherche :

L'impact du jeu sur la communication et la socialisation auprès des enfants porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme en ergothérapie.

De ce thème général découle une problématique professionnelle :

En quoi le jeu en ergothérapie favorise-t-il la communication et la socialisation chez les enfants porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme ?

1.2 Thème général

Il est estimé à 700 000 le nombre de personnes porteuses d'un TSA en France selon l'Inserm (2). Le trouble du spectre de l'autisme est classé en tant que trouble neurodéveloppemental selon le DSM-5 (3). Le TSA se distingue par des difficultés dans les interactions sociales, des difficultés de communication (langage et communication non verbale), des troubles du comportement (répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif) et des réactions sensorielles inhabituelles (2). Ces différents symptômes conduisent à un handicap social aux différents stades de la vie.

Bien que la HAS déploie des moyens pour prendre en soin les enfants porteurs de TSA, le handicap social est encore très marqué. Il est donc important de renforcer les prises en soins précoces visant à améliorer la communication et la socialisation, limitant ainsi le handicap social.

1.2.1 Champs disciplinaires

En premier lieu, c'est le champ médical qui a été exploité. En effet, c'est le domaine médical qui fait majoritairement évoluer les connaissances sur l'autisme, son étiologie, les critères diagnostics, les prises en soin, etc. La plupart des études scientifiques sur le TSA sont d'ordre médical. Cependant, le champ médical est aussi lié au champ psychosocial dans le cas

de recherches sur les différentes prises en soin. En effet, dans le cadre des recherches sur les interventions basées sur le jeu, ces deux champs sont souvent mêlés. Par exemple, le diagnostic de TSA appartient au domaine médical mais la prise en soin est davantage d'ordre psychosocial que médical. Le champ psychosocial intervient dans la thématique car il permet de faire du lien entre le développement et ses troubles associés et la vie sociale. Or, cela correspond justement à la problématique entre TSA et communication et socialisation.

De plus, le champ de la santé publique a également un lien avec le thème. C'est un champ très vaste et riche notamment grâce aux écrits de la HAS. Les argumentaires scientifiques et les recommandations des plans autisme apportent de nombreuses informations que ce soit sur le diagnostic, les prises en soin à favoriser, les problématiques actuelles, etc. Le champ des sciences de l'occupation a été également retenu. En effet, la thématique gravite autour du jeu en ergothérapie qui est une des occupations principales du jeune enfant. Ce champ apporte des données sur les études faites par les ergothérapeutes auprès des enfants porteurs de TSA. L'ergothérapie fait partie intégrante de la thématique. Elle fait donc naturellement partie des champs disciplinaires. Enfin, la thématique fait appel à la sociologie qui apporte des informations sur le retentissement du TSA sur la société.

Enfin, le champ de la sociologie est mobilisé en lien avec la communication et la socialisation. En effet, afin d'analyser ces composantes, des données en sociologie pourront être intéressantes. De plus, la sociologie permettra d'étayer le contexte sociologique de cette étude afin de relever les besoins d'approfondissement en termes de recherche en ergothérapie.

1.2.2 Explication terminologique

Il convient à présent d'expliquer les termes employés dans la formulation du thème général et de la problématique professionnelle.

Le jeu est défini par Francine Ferland comme étant une combinaison de plusieurs facteurs : plaisir, découverte, maitrise, créativité et expression. Le plaisir car le jeu doit être une expérience agréable. La découverte car l'enfant expérimente, découvre le fonctionnement des jouets. La maîtrise car l'enfant choisit, prend des décisions sur ce qu'il fait à travers ses jouets. Il perçoit l'influence qu'il peut avoir sur son environnement. La créativité car l'enfant a la liberté d'imaginer, de jouer comme il veut et aller même au-delà de la réalité. Enfin, l'expression, car les actes qu'il pose en jouant traduisent ses émotions, sa façon de voir le monde, ses intérêts (4). Cette définition permet de visualiser les différents aspects du jeu. Elle en offre une vision assez détaillée en développant les différents paramètres impliqués.

Cependant, elle se limite à une définition du jeu individuel. Elle ne met donc pas en valeur tous les aspects relationnels engagés dans le cas de jeu collectif.

L'ergothérapie est définie par l'ANFE ainsi : « L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (5). Cette définition est intéressante car elle a été écrite par des ergothérapeutes français. Elle est donc représentative de la vision et de la pratique de l'ergothérapie en France.

Selon l'Encyclopedia of Public Health (2008) « La communication représente l'échange de pensées, de messages ou d'informations par le discours, les signes, l'écriture ou le comportement. » et « La socialisation est le processus par lequel les individus apprennent à adapter les types de comportements à la société à laquelle ils appartiennent. Ce processus est habituellement considéré comme apparaissant dès les premières étapes de la vie, pendant lesquelles les individus développent les compétences et les connaissances nécessaires pour fonctionner au sein de leur culture et environnement. […]. La socialisation est le processus par lequel les gens acquièrent une identité sociale et apprennent le mode de vie au sein de leur société. » (6) (7). Ces définitions apportent un éclairage à la fois clair et synthétique. Elles expriment de manière globale les notions de communication et de socialisation sous le regard de la santé publique ce qui est pertinent au vu du thème de ce mémoire.

Pour compléter la définition du trouble du spectre de l'autisme de l'Inserm énoncée précédemment, il semble intéressant d'intégrer celle du DSM 5 ; en effet ce sont sur deux critères du DSM 5 que repose le diagnostic de TSA en France dans la majorité des cas. Le trouble du spectre de l'autisme est défini par des « Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés » et par un « Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents » (3).

Pour approfondir le premier critère, la communication verbale peut être altérée sur le versant expressif comme sur le compréhensif. De plus, les personnes porteuses d'un TSA ont des difficultés de réciprocités sociales et émotionnelles. Cela signifie qu'elles ont du mal à engager ou répondre à une conversation avec autrui. Elles peuvent également avoir du mal à exprimer ce qu'elles ressentent mais aussi à percevoir et comprendre ce que les autres ressentent

émotionnellement. Les personnes autistes ont aussi également des difficultés dans la communication non verbale (expression faciale, langage corporel…). Enfin, la compréhension des relations sociales n'est pas forcément claire et acquise (3).

Concernant le deuxième critère, les personnes autistes ont des comportements (mouvement, utilisation d'objet, langage) stéréotypés et répétitifs. Elles sont souvent intolérantes au changement et très attachées à des routines précises. Leurs intérêts sont en général limités et figés et prennent une place extrêmement importante dans leur vie. Enfin, les personnes autistes ont souvent des particularités sensorielles (hypo ou hyper réactivité) (3) .

1.2.3 Résonance

Question socialement vive

L'autisme et sa prise en soin est un sujet particulièrement vif. Il est au cœur de la politique de santé française et internationale. En effet, depuis 2005, quatre plans autisme ont été mis en place successivement par la HAS. Le dernier actuellement en place est le plan autisme 2018-2022. Ces plans montrent la nécessité d'améliorer le dépistage, le diagnostic, le suivi et l'intégration des personnes porteuses de TSA. De nombreuses études scientifiques et données professionnelles sont publiées chaque année qui rendent compte de l'intérêt et du besoin de continuer la recherche sur le trouble du spectre de l'autisme.

Enjeux

Tout d'abord, cette question soulève d'importants enjeux en termes de santé publique. En effet, la prévalence du trouble du spectre de l'autisme est en hausse générale à travers le monde (8). Il s'agit donc d'une problématique internationale. Ces indications épidémiologiques permettent aux pays de développer leurs politiques de santé que ce soit à travers le dépistage, la prise en soin, les moyens financiers à allouer… La HAS (2012) estime « une amélioration du quotient intellectuel, des habiletés de communication, du langage, des comportements adaptatifs ou une diminution des comportements problèmes pour 50% des enfants présentant un TED avec ou sans retard mental grâce à une intervention précoce, globale et coordonnée » (1). Cela souligne donc l'importance de continuer à rechercher des moyens d'intervention précoces, efficaces et adaptés à la singularité de chaque enfant.

De plus, la prise en soin précoce et efficace des enfants porteurs de TSA permet ensuite de faciliter leur insertion dans le milieu scolaire. En effet, la scolarisation des enfants et jeunes porteurs de TSA est un des points clefs du plan autisme 2018-2022 (9). A ce jour, seulement 30% des enfants autistes sont inscrits en maternelle et à raison de deux jours par semaine (3).

Pour l'école primaire, 40% des enfants autistes y sont intégrés (3). Il y a donc un véritable enjeu sur le plan de la scolarisation des enfants autistes. L'accès à l'éducation étant un prérequis essentiel pour s'intégrer professionnellement et socialement, il est donc impératif de réfléchir à la prise en soin précoce des enfants autistes afin de leur permettre une entrée optimale dans le parcours de scolarité.

Enfin, la prise en soins des enfants autistes représente un coût économique important. On estime entre autres que le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (11 000 places fléchées autisme) s'élève à 680 millions d'euros. A cela s'ajoute les dépenses de compensation (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé et Prestation de compensation du handicap) qui représente 114 millions d'euros pour l'autisme. L'Éducation nationale alloue quant à elle 55 millions d'euros pour l'inclusion scolaire des enfants autistes. Le suivi et la prise en soin des adultes autistes demandent également une dépense de 500 millions d'euros à travers les différentes aides financières (Allocation Adulte Handicapé, garantie de ressource des Travailleurs Handicapés, dépenses fiscales). Malgré le déploiement de moyens financiers importants (1.4 milliard d'euros au total) il reste un coût financier à la charge des familles d'un enfant porteur d'un TSA. Cette dépense se situe sur une fourchette de 15 700 € à 109 000 €, soit une moyenne de 52 300 € par enfant (10). Au vu de l'investissement économique de l'Etat et des familles, il est essentiel de chercher les prises en soin les plus efficaces.

Utilité

L'utilité de ce thème est de rechercher comment améliorer la prise en soin des enfants avec un TSA à travers le jeu en ergothérapie. Cela permettra également de diversifier les interventions afin de proposer les plus adaptées à chaque enfant. La recherche de nouvelles interventions a aussi pour finalité de limiter les symptômes de ce handicap et de permettre une meilleure intégration scolaire et sociale et un épanouissement personnel (11).

1.3 Présentation des références de la revue de littérature

1.3.1 Bases de données

Pour réaliser la revue de littérature de ce mémoire, plusieurs bases de données ont été sélectionnées. Pour le champ disciplinaire médical, c'est la base de données PubMed qui a été choisie. En effet, le domaine médical est un des principaux champs de cette étude car elle s'intéresse aux manifestations d'un handicap dans un contexte spécifique. Cette base de données est très riche ; la majorité des études contenues dans cette revue de littérature ont été sélectionnées par cette base de données. PubMed a l'avantage de contenir principalement des

études scientifiques. Certes, le niveau de scientificité est plus ou moins élevé en fonction des études. Cependant, cette base de données a donné accès à de nombreuses recherches autour du thème.

Deuxièmement, la base de données Summon a été utilisée. Il s'agit d'un moteur de recherche qui concentre toutes les ressources documentaires disponibles au sein de l'université Aix-Marseille. Cette base de données est utile dans un premier temps pour avoir une vision globale des ressources disponibles sur un thème. En effet, elle balaye différents champs disciplinaires. Summon permet également d'être réorienté sur des bases de données plus spécifiques comme PubMed par exemple. Cette base de données a aussi permis de trouver des informations pour étayer le contexte du thème.

Troisièmement, la base de données EMpremium a permis d'accéder aux données concernant le champ de la sociologie. En effet, cette étude s'intéresse à la communication et à la socialisation. EMpremium a été utile pour trouver des documents en lien avec les répercussions sociétales de la problématique. Aucun document de la revue de littérature ne provient de cette base de données. Néanmoins, elle a permis d'étoffer le contexte de la thématique.

Quatrièmement, pour le champ disciplinaire de la santé publique, quelques recherches ont été effectuées sur la BDSP. Comme l'indique la BDSP, il s'agit d'une base de données uniquement bibliographique. Les documents ne sont donc pas disponibles sur la BDSP. Il n'a donc malheureusement pas été possible de retrouver les textes intégraux avec seulement la référence. La difficulté d'accès aux documents a rendu l'exploitation des ressources documentaires quasiment impossible.

Enfin, la base de données OTDBase a permis de récolter des données professionnelles et des études réalisées en ergothérapie au niveau international. Cette base de données a l'avantage de mettre l'ergothérapie au cœur des études.

1.3.2 Equations de recherche, mots clefs, filtres et critères d'exclusion et d'inclusion

Plusieurs équations de recherche en anglais et en français ont été établies en fonction de la base de données et aussi au sein d'une même base de données. Leurs formulations complètes sont accessibles en annexe (Cf Annexe 1). En fonction des équations, plusieurs mots clefs ont été utilisés et liés entre eux grâce aux opérateurs booléens ET ou AND.

Voici les mots clefs en français retenus pour les équations de recherche :

« ergothérap* », « autisme », « jeu » et « communication ». Un astérisque à « ergothérap* » a été ajouté pour élargir le champ au maximum. Le terme « autisme » a été privilégié à celui de "TSA" car il offrait des résultats plus larges. En effet, certaines études ne mentionnent pas le terme de TSA même si elles parlent d'autisme. A noter que la dénomination de TSA est arrivée récemment lors de la publication du DSM 5 en 2013. Seul le mot clef « jeu » a été mentionné dans l'équation bien que la thématique porte sur les thérapies par le jeu en général. En effet, il y a eu davantage de résultats en utilisant ce mot clef. Néanmoins, cela a conduit en contrepartie à exclure par la suite davantage de textes parlant de jeu mais dans un contexte différent. Enfin, le terme « communication » a été retenu. Le terme « socialisation » n'a pas été intégré aux mots clef bien qu'il fasse partie du thème. En effet, ce dernier ressort moins dans les études même s'il est souvent évoqué implicitement.

Pour les mots clefs en anglais, ce sont « occupational therap* », « autism », « play », « play therapy » et « communication » qui ont été retenus. Ces termes ont été choisis car ils correspondent aux équivalents usuels anglophones. Deux termes différents ont été utilisés pour le jeu : « play therapy » a permis d'obtenir des résultats plus ciblés, néanmoins « play » a donné accès à des études supplémentaires qui utilisaient des expressions différentes.

Concernant les filtres, seuls les documents ayant au maximum dix ans ont été retenus. De plus, les langues des articles sont soit le français soit l'anglais.

Pour les critères d'inclusion, seules les études s'intéressant au jeu auprès d'enfants porteurs d'un TSA ont été retenues. De plus, seules les études concernant les enfants de 15 ans maximum ont été retenues. Toutes les études incluses dans la revue de littérature évaluent au moins la communication ou la socialisation. Concernant les critères d'exclusion, les études prenant en compte l'autisme combiné à d'autres pathologies (syndrome de Rett, syndrome du X fragile, trisomie 21…) ou bien s'intéressant aux aptitudes de jeu de l'enfant porteur de TSA sans utiliser le jeu comme moyen d'intervention n'ont pas été sélectionnées. Les études s'intéressant au jeu auprès d'enfants de plus de 15 ans ont été exclues. Cette sélection s'est réalisée premièrement par la lecture des titres puis des résumés si le titre semblait correspondre au sujet.

1.4 Revue de littérature

Pour construire la revue de littérature, douze études ont été sélectionnées (Cf Annexe 2). Cette sélection s'est faite par rapport à leurs contenus. Selon les études, les modalités de jeu, les objectifs et le degré de scientificité varient. Seulement une étude (étude de R. Solomon et

al) a un niveau de scientificité élevé car à la fois l'échantillon est important (plus de cent individus) et la méthode d'étude est précise (étude contrôlée et randomisée) (12). Les résultats de toutes les autres ne peuvent pas être considérés comme généralisables car l'échantillon est trop faible pour pouvoir être représentatif de la population mère. De plus, les méthodes utilisées sont également plus ou moins rigoureuses.

Des sous-thématiques ont été établies afin de comparer les études entre elles et définir des axes de corroboration, de complémentation et d'opposition. Les trois sous-thématiques sont l'impact du jeu sur la symptomatologie de l'autisme, l'impact du jeu sur la socialisation et l'impact du jeu sur la communication.

1.4.1 Impact du jeu sur la symptomatologie de l'autisme

Cinq études évaluent le critère de symptomatologie de l'autisme. La symptomatologie de l'autisme est en lien avec la thématique. En effet, nous nous intéressons aux effets du jeu sur la communication et la socialisation, deux notions qui sont au cœur des symptômes de l'autisme. De plus, ces études utilisent le jeu et cherchent à démontrer son effet sur la symptomatologie de l'autisme et donc indirectement sur la communication et la socialisation.

L'étude de R. Solomon et al démontre que 54% des enfants ayant suivi la thérapie PLAY se sont améliorés dans au moins une catégorie de l'ADOS de manière significative (12). D'autres études corroborent ce résultat en notant une amélioration de la symptomatologie de l'autisme (13) et une amélioration dans chacune des sous-catégories de l'ADOS (14). Cependant, l'amélioration observée est parfois minime ou au contraire très importante (12). En effet, 53% des enfants avec un TSA ont obtenu un score suffisamment élevé pour ne plus correspondre aux critères de diagnostic de l'autisme (12) mais les auteurs de l'étude mettent en garde face à ces résultats impressionnants et invitent à considérer ces résultats avec précaution (12). Ces résultats permettent de donner des éléments de réponses à la problématique. En effet, selon ces études, le jeu a un effet positif sur les symptômes de la pathologie en général dont la communication et la socialisation.

De plus, l'étude de E. Tilmont Pittala et al complémente ces résultats en montrant une amélioration de la sévérité de l'autisme importante selon la CARS; avant la thérapie 94% des enfants avaient un score d'autisme sévère contre seulement 21% à la fin de la thérapie (15). Elle démontre aussi que 47.3% des enfants ont eu une amélioration de leurs diagnostics d'autisme selon l'ADI-R (15). Ces résultats concordent avec ceux de la CARS, évaluation également utilisée pour évaluer la sévérité de l'autisme dans cette étude (15). L'étude de F.

Poinso et al corrobore cette étude en démontrant également une amélioration significative de la CARS après l'intervention en hôpital de jour (16). Les apports de ces études permettent de renforcer les premiers résultats obtenus concernant l'impact du jeu sur la communication et la socialisation.

Enfin, l'étude de Eapen et al complémente les études précédentes en notant une diminution du score général de la SQC indiquant une diminution des caractéristiques spécifiques de l'autisme (17). En effet, le pourcentage d'enfants ayant un score correspondant aux normes cliniques est passé de 21% à 42% entre le début et la fin de l'intervention.

Finalement, toutes les études rapportent une amélioration notable de la symptomatologie de l'autisme sauf une qui ne mentionne que des effets discrets (14). Cette étude rapporte quant à elle des effets discrets. Les études les plus longues étant réalisées sur deux ans, il serait intéressant de savoir si les effets positifs perdurent dans le temps afin d'atteindre l'objectif final : l'amélioration durable de la symptomatologie. Nous pouvons aussi nous questionner sur la généralisation des acquis. Est-ce-que les améliorations relevées dans les différents champs sont visibles dans le quotidien de l'enfant et pas seulement lors du bilan ?

Pour mieux comprendre l'origine des améliorations en termes de symptomatologie, il est intéressant de regarder l'évolution développementale. Des carences en termes de développement sont présentes chez les jeunes souffrants de ce handicap. Or, la symptomatologie de l'autisme découle en partie de ces retards de développement. L'exploration des résultats sur le niveau développemental avant et après la thérapie va permettre de faire du lien entre les facteurs développementaux et les symptômes de l'autisme. En effet, les difficultés de communication et de socialisation sont partiellement causées par ces écarts développementaux.

Quatre études s'intéressent à ce critère de développement de l'enfant sous des angles variés et corroborent entre elles sur une amélioration globale du développement de l'enfant grâce au jeu (12,15-17). Deux de ces études ont repéré un gain important sur l'échelle de Vineland au bout de deux ans de prise en charge (15,16). L'étude de Eapen a obtenu des résultats équivalents à la fin d'une thérapie menée sur 9.72 mois en moyenne (17). Une amélioration de l'âge de communication et de socialisation a été également démontrée (15) ainsi qu'une augmentation du niveau d'âge d'adaptation (16).

Une amélioration du niveau développemental a donc été observée dans les quatre études.

Cela explique probablement en partie l'amélioration symptomatologique repérée dans la sous-thématique précédente. De plus, une étude a relevé une amélioration de l'âge de communication et de socialisation. Cela permet de relier directement cette sous-thématique à la thématique : le jeu a donc bien un effet positif sur la communication et la socialisation des enfants porteurs de TSA via une amélioration du niveau développemental (15).

Nous pouvons cependant nous questionner sur les mécanismes que le jeu met en place pour parvenir à ce relancement du processus développemental. Nous pouvons aussi nous interroger si certains types de jeux sont plus propices à l'augmentation du niveau d'âge développemental.

1.4.2 Impact du jeu sur la socialisation

Après avoir étudié la symptomatologie de l'autisme et la progression développementale, nous allons nous intéresser à un critère plus ciblé : la socialisation. Cette sous-thématique est directement en lien avec la thématique générale car elle fait partie des mots clefs. De plus, elle est en lien avec un autre mot clef essentiel : la communication. En effet, la communication est un prérequis essentiel pour interagir avec les autres et s'inscrire dans la société. Nous nous intéresserons ici à quatre études, dont une étude citée précédemment.

L'étude de R. Solomon et al relève une amélioration notable des interactions parents-enfants (12). Une seconde étude la complémente en relevant une amélioration immédiate des habiletés sociales mais qui ne perdurent pas dans le temps (18). Ce résultat est corroboré par une autre étude (19). Contrairement à l'étude de R. Solomon et al, cette deuxième étude s'intéresse aux habiletés sociales en général et pas uniquement aux interactions parents-enfants (18). C'est en ce point que l'on peut noter une complémentation. De plus, elle précise également la temporalité de l'effet observé sur les habiletés sociales. L'étude de S. Vaisvaser corrobore l'étude de R. Solomon et al concernant l'amélioration des interactions entre les pairs (12,20). Les résultats sont concordants mais ne s'intéressent pas exactement aux mêmes interactions sociales ; elles sont évaluées soit avec les parents soit avec les pairs. On observe aussi une complémentation par rapport à deux études précédentes (12,18) concernant une amélioration dans l'engagement social lors de jeux avec des pairs et dans la motivation à interagir avec l'autre (20).

Ces résultats d'étude permettent d'étoffer la thématique en apportant des données sur un des mots clefs. Certaines études montrent que le jeu a un impact sur les capacités de socialisation des enfants porteurs de TSA. Différents facteurs participant au phénomène de

socialisation ont été évoqués dans les différentes études. Nous pouvons retenir que le jeu permet d'améliorer les interactions sociales, les aptitudes sociales et l'engagement social. Nous pouvons nous interroger si ces améliorations en termes de socialisation sont généralisables aux nouveaux individus que les enfants rencontreront ? En effet, les évaluations concernant la socialisation ont été réalisées avec des personnes familières. Or, le but de la socialisation est tout de même d'interagir avec tout un chacun et pas seulement avec ses parents ou ses amis.

1.4.3 Impact du jeu sur la communication

Nous allons maintenant détailler la sous-thématique concernant la communication. Comme pour la socialisation, cette sous-thématique est directement reliée au thème et va permettre d'aborder un deuxième point clef de cette recherche.

L'étude de E. Tilmont Pittala et al relève une augmentation significative de 34% sur l'échelle de Vineland concernant l'item communication (15). L'étude de Eapen corrobore en relevant aussi un gain significatif sur l'item communication réceptive de l'échelle de Vineland (17). Cependant, une autre étude s'oppose à cette dernière (17) montrant une perte de point sur le même item de l'échelle de Vineland (16). De plus, l'étude de C.M. Schröder et al relève des résultats hétérogènes avec une amélioration minime à signifiante en fonction des cas (14). Ces résultats se corroborent et s'opposent à la fois aux études précédentes, les effets étant variés. L'étude de C. M. Schröder et al complémente les deux études en apportant des précisions sur l'hétérogénéité des résultats obtenus (14,16,17). Ainsi l'étude note-t-elle que l'amélioration dépend du niveau initial en communication ; pour les enfants avec un niveau plus élevé, une amélioration nette est notée alors que pour les autres, le niveau reste approximativement stable (14). Enfin, quatre études se corroborent montrant toutes une amélioration de la communication (17,18, 20,21).

Ces études donnent des résultats différents mais qui tendent majoritairement à une amélioration de la communication grâce au jeu chez des enfants porteurs de TSA. Cependant, comme pour la socialisation, nous pouvons nous questionner sur l'ampleur des améliorations : sont-elles généralisées dans la vie quotidienne ? Sont-elles observables face à des personnes inconnues ? Est-ce qu'elles perdurent une fois la thérapie finie ?

Nous allons maintenant nous intéresser au langage pour approfondir la sous-thématique sur la communication. En effet, le langage est intimement lié à la communication. Bien qu'il existe plusieurs modalités pour communiquer, le langage reste le moyen le plus répandu.

L'étude de C. M. Schröder et al relève une amélioration significative du langage expressif et compréhensif (14). Ce résultat est complémenté par la démonstration d'une augmentation du langage pragmatique et une élévation du niveau de langage (22) et une amélioration du langage expressif et réceptif selon l'échelle de Mullen (17). En revanche, l'étude de M. Siller et al s'oppose à l'étude de C. M. Schröder et al en démontrant un effet conditionnel du jeu sur le langage expressif (14, 23). Selon cette étude, l'effet dépend du niveau de langage de l'enfant ; l'intervention est efficace pour les enfants avec un niveau de langage inférieur à 12 mois (23).

Ces études ont permis de savoir que le jeu a un effet positif sur le langage. Cependant, cet effet peut être faible à important en fonction des études. Ces données sur le langage complètent celles récoltées sur la communication et sont concordantes. Nous pouvons nous interroger si l'amélioration vient du jeu en tant que tel ou des interactions procurées par les personnes jouant avec l'enfant. En effet, dans ces études, l'enfant joue en partenariat avec un thérapeute, un parent ou un pair. De plus, nous pouvons là encore nous questionner sur la persistance dans le temps des effets observés sur le langage. L'enfant s'exprime-t-il mieux plusieurs mois après la thérapie ?

Synthèse

Pour conclure sur la revue de littérature, l'analyse de ces études a permis de disposer de données sur l'efficacité du jeu dans la prise en soin de l'autisme. Les résultats ont été variés, néanmoins le jeu a globalement un effet positif sur le développement de la communication et de la socialisation des enfants porteurs de TSA. Cette revue de littérature a permis d'apporter des premiers éléments de réponses à la problématique. Toutefois, certains points restent à éclaircir. Quel est le rôle singulier de l'ergothérapeute dans les thérapies par le jeu ? En effet, la plupart des études parlent peu ou pas des ergothérapeutes. De plus, nous pourrons nous intéresser à l'efficacité à long terme des thérapies basées sur le jeu. Les effets bénéfiques du jeu perdurent-ils plusieurs mois voire plusieurs années après la fin de la thérapie ? En effet, l'objectif des thérapies précoces de manière générale est de permettre un gain durable des capacités. Le handicap social représente un élément important du trouble du spectre de l'autisme. Or, l'enjeu médical et social ultime est de limiter ce handicap au maximum dès le plus jeune âge. De plus, il serait intéressant de se questionner sur l'impact de telles thérapies à long terme, une fois l'âge adulte atteint. Les enfants ayant reçu des thérapies par le jeu durant l'enfance ont-ils un handicap social moindre par rapport à d'autres enfants n'ayant pas reçu ce type de soin ?

1.5 Enquête exploratoire

A la suite de la revue de littérature, plusieurs questions ont été soulevées. Pour cela, une enquête exploratoire va être réalisée. Elle permettra d'obtenir des réponses venant directement du terrain et des professionnels concernés.

1.5.1 Objectifs de l'enquête exploratoire

Les objectifs généraux de l'enquête exploratoire sont :

- Confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques
- Se heurter ou non à la faisabilité de la recherche, jauger la pertinence et la vivacité de la question de recherche
- Palier des études insuffisamment ciblées
- Etayer la matrice théorique

En plus de ces objectifs généraux, plusieurs objectifs spécifiques ont été établis en lien avec la revue de littérature :

- Avoir une représentation des modèles d'intervention utilisés par les ergothérapeutes
    - Savoir ce qui oriente le choix de tel ou tel modèle
    - Savoir sur quels fondements théoriques ou conceptuels reposent les séances de jeu
- Obtenir des informations sur les effets du jeu sur la communication et/ou la socialisation :
    - Importance des effets
    - Généralisation des effets aux différentes sphères sociales
    - Durée des effets après une thérapie basée sur le jeu
- Obtenir des informations sur les modalités de jeu :
    - Comment les séances de jeu sont-elles organisées ?
    - Existe-t-il des profils d'enfants plus adaptés pour cette méthode ?

1.5.2 Critères de l'enquête exploratoire

Pour réaliser l'enquête, il a été également nécessaire de définir des critères d'inclusion et d'exclusion. Concernant la population, ce sont les ergothérapeutes exerçant actuellement auprès d'enfants porteurs de TSA qui seront interrogés. Les enfants devront avoir obtenu un diagnostic de TSA. Les critères d'exclusion concernent les pathologies autres que le TSA, les

enfants âgés de plus de 12 ans, les professionnels non ergothérapeutes. Les sites d'exploration de l'enquête seront les structures médico-sociales (CAMSP, SESSAD, IME) et les cabinets d'ergothérapeutes libéraux.

L'enquête sera réalisée à l'échelle nationale. Elle ne requiert pas d'autorisation particulière relative à la loi Jardé étant fait que le questionnaire sera destiné aux professionnels et non directement au public de la recherche.

1.5.3 Outil de recueil des données

Choix de l'outil de recueil de données :

L'outil de recueil des données utilisé est un questionnaire. L'avantage de cet outil est de pouvoir cibler un maximum d'ergothérapeutes. Il s'agit d'un questionnaire numérique. Ce format facilite la transmission à large échelle. Le logiciel Google Form® a été retenu pour réaliser le questionnaire. Il permettra à la fois de transmettre le questionnaire au public choisi pour l'enquête puis de traiter les données récoltées. Le questionnaire sera préalablement testé sur un échantillon de deux ergothérapeutes pour s'assurer de sa pertinence et de sa clarté. Concernant les inconvénients, ce logiciel ne permet pas de faire des traitements statistiques très poussés.

Bais de l'outil de recueil de données :

Un certain nombre de biais de recherche ont été relevés :

- Biais de subjectivité : la personne répondant au questionnaire fait part de ses observations et de ses impressions et peut donc manquer d'objectivité.
- Biais de sélection : à cause de l'anonymat, il est plus difficile de s'assurer que c'est bien un ergothérapeute qui répond aux questions. Pour limiter ce biais, une question pourra venir interroger la profession de la personne qui remplit le questionnaire.
- Biais cognitif : Les questions peuvent être mal comprises par leur formulation et peuvent avoir un impact sur les réponses. Pour limiter cela, leur formulation sera vérifiée à l'aide du test préalable de l'enquête.
- L'authenticité : les données du questionnaire sont construites sur les dires de la personne. Elles ne relèvent pas d'une observation directe de l'enquêteur. Les informations peuvent donc être le reflet plus ou moins exact de la pratique.
- Population : au sein d'une même structure, il n'y a pas forcément que des enfants porteurs de TSA. Les réponses données par l'ergothérapeute peuvent éventuellement

être influencées par sa pratique auprès d'une population souffrant d'une atteinte proche de l'autisme sur certains aspects. Enfin, pour s'assurer que l'ergothérapeute parle bien uniquement des enfants porteurs d'un TSA, le terme sera rappelé régulièrement dans le questionnaire.

Test de l'outil :

Le questionnaire a été préalablement testé sur un échantillon de deux ergothérapeutes pour s'assurer de sa pertinence et de sa clarté. Ce test a permis de modifier certains items de réponses afin de faciliter le remplissage du questionnaire.

Déroulement de l'enquête :

Dans le but de trouver des ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion, plusieurs moyens ont été mis en place. Premièrement, c'est grâce aux sites internet des Centres Ressources Autisme (CRA) que des adresses mails de structures médico-sociales accueillant des enfants autistes ont été retenues. De plus, des ergothérapeutes travaillant auprès de ce public ont eu la générosité de transmettre les coordonnées de leurs collègues. Cela a permis d'étoffer la liste de la population correspondant au critère de l'enquête exploratoire et également de toucher des ergothérapeutes travaillant en libéral. Enfin, le questionnaire a également été diffusé sur des réseaux sociaux.

1.5.4 Matrices de questionnement

Deux matrices de questionnements ont été réalisées : une première s'adressant aux ergothérapeutes n'utilisant pas le jeu comme thérapie et la deuxième pour les ergothérapeutes utilisant le jeu (Cf Annexe 3). En effet, lors de l'envoi du questionnaire, il est difficile de savoir quelles méthodes sont utilisées pour la prise en soin des enfants porteurs de TSA. La première matrice s'intéressera uniquement à la question des approches utilisées par les ergothérapeutes s'occupant d'enfants porteurs de ce handicap. La deuxième matrice s'intéressera en plus au questionnement lié à la pratique de la thérapie par le jeu. L'orientation vers l'une des deux matrices se fera grâce à une question initiale commune à choix binaire : Utilisez-vous le jeu lors de la prise en soin d'enfants porteurs d'autisme ?

1.5.5 Résultats et analyse de l'enquête exploratoire

Le questionnaire de l'enquête exploratoire a été envoyé à une cinquantaine d'adresses mails de structures médico-sociales spécialisées dans le TSA et d'ergothérapeutes. Il a

également été diffusé via les réseaux sociaux. Dix réponses au questionnaire ont été recueillies.

Avant de procéder à l'analyse des résultats de l'enquête exploratoire, il convient de rappeler qu'étant donné la petite taille de l'échantillon, les dix réponses obtenues ne pourront pas être généralisées à l'ensemble de la population. En effet, cet échantillon n'est pas représentatif. De plus, la méthodologie suivie et l'analyse des résultats ne sont pas assez rigoureuses pour objectiver ces résultats. Cette enquête permettra seulement de donner un aperçu de la situation.

Renseignements sur la population interrogée

Concernant le ou les lieux d'exercice des ergothérapeutes, la moitié des ergothérapeutes interrogés travaillent dans un SESSAD, quatre travaillent en cabinet libéral, un en CEM et un auprès des écoles ordinaires et spécialisées. Les ergothérapeutes ayant participé au questionnaire viennent donc de façon assez proportionnelle soit de structures médico-sociales soit de cabinets libéraux. Environ trois quarts des ergothérapeutes travaillent uniquement avec des enfants porteurs d'un TSA.

Les résultats concernant l'ancienneté d'exercice auprès d'un public d'enfants porteurs d'un TSA sont variés. Deux ergothérapeutes travaillent depuis moins d'un an dans ce milieu. Six ergothérapeutes ont une ancienneté comprise entre 13 mois et 5 ans. Enfin, deux ergothérapeutes exercent depuis plus de 5 ans auprès de cette population.

Neuf ergothérapeutes sur dix ont confirmé utiliser le jeu dans leur prise en soin de l'autisme. Ce résultat indique donc que le jeu est très présent dans la pratique des ergothérapeutes auprès des enfants autistes. Nous allons à présent présenter les résultats du questionnaire concernant les ergothérapeutes utilisant le jeu dans leur prise en soin. Neuf professionnels ont répondu à cette partie du questionnaire.

Impact de la thérapie par le jeu

Question 1 : Observez-vous des améliorations de la communication et/ou de la socialisation grâce au jeu ?

Tout d'abord, tous les ergothérapeutes déclarent que le jeu a un impact positif sur la communication. Les deux tiers des professionnels ont répondu « oui » à cette question et le dernier tiers a répondu « plutôt oui ». La majeure partie des personnes interrogées observe un impact notable alors qu'une minorité nuance davantage les effets du jeu sur la communication.

Question 2 : A quelle(s) sphère(s) sociale(s) les progrès en communication et/ou en socialisation sont-ils généralisés ?

Quasiment tous les professionnels déclarent observer des effets auprès des pairs (école, crèche, centre aéré, activité extrascolaire…). Six participants ont observé des effets auprès des parents et/ou des frères et sœurs. Deux ergothérapeutes ont relevé des effets auprès des instituteurs ou assistantes maternelles. Enfin, une réponse a été obtenue dans la catégorie personnes inconnues. Un professionnel a ajouté dans la case « autre réponse » cette remarque : « Je dirais que toute la problématique est là. La généralisation est compliquée, cela implique une utilisation commune et une communication identique afin que le jeune généralise les compétences acquises avec 1 professionnel ». Cette remarque est intéressante et met en lumière que la généralisation des acquis en communication peut être complexe. Pour résumer, la généralisation des acquis en communication et en socialisation s'effectue majoritairement auprès des pairs des enfants porteurs d'un TSA et de leur famille proche.

Question 3 : Est-ce que les effets observés sur la communication et/ou la socialisation perdurent après l'arrêt de la thérapie ? Si oui, pouvez-vous estimer le temps des effets post-intervention ?

Tout d'abord, deux ergothérapeutes ont dit ne pas observer ce phénomène. Parmi les sept réponses obtenues, une large majorité (6 sur 7) déclare que les effets observés perdurent par la suite. Parmi les professionnels ayant observé des effets post-intervention, quasiment tous observent des effets à plus de six mois.

Question 4 : Observez-vous d'autres effets, différents de la communication et/ou de la socialisation, au cours de la thérapie ?

Environ la moitié des participants déclare observer des effets sur les émotions sous différents aspects : « sérénité de l'enfant », « évolution de la tolérance à l'échec », « régulation émotionnelle », « gestion des émotions ». Un tiers des participants relève des effets sur la motricité dont deux précisément sur la motricité fine. Deux professionnels relèvent également une amélioration des habiletés sociales. De manière individuelle, divers points d'amélioration ont été relevés dans des champs divers : « coopération, initiation d'activités », « fonctions exécutives », « régulation sensorielle », « théorie de l'esprit » et « apprentissages scolaires ». Ces réponses démontrent que les effets du jeu dépassent largement le champ de la communication.

Modalités de mises en œuvre des séances de jeu

Question 5 : Pouvez-vous décrire une séance de jeu ? (Matériels utilisés, lieu, durée, personnes présentes, jeux proposés…)

Environ la moitié des réponses évoquent la durée des séances. La durée varie de trente minutes jusqu'à deux heures dans le cas d'une séance groupale. Un ergothérapeute donne une durée comprise entre 5 et 15 minutes. Dans cette réponse, il est probable que l'auteur ait donné le temps de jeu effectif et non le temps de la séance en général. En effet, nous pouvons nous demander si dans une séance, l'ergothérapeute propose uniquement des jeux ou d'autres activités.

Au niveau des personnes ou enfants présents lors d'une séance, deux ergothérapeutes rapportent des séances groupales : 2 à 3 enfants avec un TSA d'une part et 4 enfants avec un TSA d'autre part. Les séances groupales sont animées dans la première situation par un ergothérapeute et un membre de personnel éducatif. Dans la deuxième situation, c'est un ergothérapeute seul qui anime la séance groupale. Autrement, deux tiers des ergothérapeutes réalisent des séances en individuel avec l'enfant. La moitié d'entre eux précise qu'un parent, un accompagnateur de l'enfant ou une AVS[1] peuvent également être présent lors de la séance.

Au niveau du lieu dans lequel se déroule les séances, il s'agit soit de salles à usage professionnel (cabinet, salle d'ergothérapie ou de psychomotricité) dans trois cas, soit au domicile ou à l'école.

Concernant le matériel utilisé, deux ergothérapeutes utilisent des plannings visuels ou des pictogrammes pour séquencer temporellement leurs séances et définir le cadre. Ces ergothérapeutes utilisent également un Timer[2]. De plus, un des ergothérapeutes utilise un système de plaquette de jetons si nécessaire.

Un peu plus de la moitié des ergothérapeutes insiste sur l'adaptabilité de leur séance en fonction de l'enfant. Ils citent principalement l'adaptation du jeu en fonction de l'enfant mais aussi l'adaptation en lien avec les objectifs de prise en soin ou de séances. Un ergothérapeute parle également du cadre de la séance « plus ou moins souple en fonction de l'enfant. Certains jeux sont imposés d'autres proposés. ». Un ergothérapeute parle également de l'importance de l'installation et du positionnement en lien avec les objectifs travaillés.

[1] Assistance de Vie Scolaire
[2] Le Timer est un type de minuteur qui permet de visualiser le temps s'écouler

Enfin concernant les jeux utilisés, les réponses obtenues ont été très variables. Deux professionnels ont dit utiliser des jeux très variés sans précisions particulières. Le matériel utilisé dépend parfois du lieu comme dans le cas des interventions à domicile ou à l'école. Pour les séances groupales, les ergothérapeutes citent des jeux à plusieurs « rondes, comptines, jeu de lancer/ballon, petit jeu de société simple, jeu d'imitation », « jeu de l'oie adapté avec des saynètes ». De plus, il ressort des réponses des jeux de société sollicitant la coopération, la compétition ou la collaboration, des jeux sur l'ordinateur, des jeux cognitifs, des jeux de dextérité, des activités manuelles ou encore des jeux d'éveils.

Question 6 : Utilisez-vous des moyens autres que le jeu pour développer la communication et/ou la socialisation ?

Tous les participants déclarent utiliser d'autres moyens que le jeu dans le but d'améliorer la communication. Cinq réponses évoquent la mise en place d'outils de communication améliorée et/ou alternatives, trois réponses évoquent les mises en situation et deux réponses les scénarii sociaux. Un professionnel utilise « des supports visuels avec des bulles de langage à compléter ».

Question 7 : Existe-t-il des profils d'enfants (âge, sexe, niveau de développement...) qui répondent mieux à ce type de prise en soin ? Si oui, précisez quel(s) profil(s) :

Les avis sont très partagés : environ une moitié des ergothérapeutes estiment qu'il existe des profils d'enfants répondant mieux à ce type de prise en soin incluant le jeu et l'autre non. Deux ergothérapeutes citent des profils assez similaires d'enfants en bas âge avec un niveau de développement faible. Deux ergothérapeutes ciblent les enfants TSA avec un haut niveau intellectuel ou ceux ayant un niveau intellectuel dans la norme.

<u>Répartition des modèles d'intervention utilisés par les ergothérapeutes</u>

Question 8 : Dans quelle(s) approche(s) vous situez-vous dans la prise en soin du trouble du spectre de l'autisme ?

Environ trois quarts des ergothérapeutes déclarent se situer dans une approche comportementale et/ou développementale. La moitié des ergothérapeutes déclarent utiliser une approche éducative. Trois ergothérapeutes utilisent une méthode intégrative. Enfin, une ergothérapeute ne s'est pas inscrite dans une approche particulière mais a décrit son champ d'intervention : rééducation du graphisme et des apprentissages de l'ordinateur. Cette ergothérapeute semble s'inscrire dans une approche fonctionnelle ciblée sur une difficulté

spécifique. Elle sort du cadre de prise en soin de l'autisme pur car elle ne traite pas les symptômes clefs du TSA.

Trois ergothérapeutes déclarent utiliser le modèle de Denver dans leur prise en soin. Trois déclarent utiliser la TED. Un tiers des ergothérapeutes utilisent la méthode TEACCH. Deux ergothérapeutes utilisent la méthode ABA. Enfin, de manière individuelle, une réponse a été obtenue pour deux approches : PLAY et Floortime.

Dans le questionnaire, la méthode ABA ne figurait pas dans la liste préétablie d'items mais il s'agissait d'une question semi-ouverte (et donc avec la possibilité de rajouter une réponse grâce à la case « autre »). Ce paramètre est à prendre en compte dans l'analyse des résultats. En effet, le fait qu'elle n'apparaisse pas dans la liste peut diminuer sa représentation dans les résultats.

Question 9 : Pouvez-vous expliquer le choix des méthodes utilisées ? (choix institutionnel, recommandation de la HAS, formation professionnelle…)

Les réponses ont été variées et il n'en est pas ressorti une raison majoritaire. Les réponses obtenues soulèvent la raison des choix institutionnels, des formations professionnelles, des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, des échanges pluridisciplinaires ou encore des choix personnels.

Enfin, un professionnel n'utilisant pas le jeu dans sa pratique a répondu à la deuxième matrice. Il en ressort que cet ergothérapeute ne connaissait pas les thérapies par le jeu mais pense qu'elles ont leur place dans la prise en soin du TSA.

1.5.6 Problématisation pratique

Tout d'abord, l'enquête a montré que le jeu avait un impact sur la communication et la socialisation. Cependant, l'impact observé n'est probablement pas obtenu uniquement grâce au jeu. Au vu des résultats, il y participe de manière importante mais il serait intéressant d'évaluer les autres facteurs qui sont aussi à la source de ce phénomène (rôle des autres professionnels, rôle des parents, rôle de l'école…). Finalement, **en quoi l'environnement humain de l'enfant a un impact sur la communication et la socialisation ?**

De plus, l'enquête a démontré que la généralisation des acquis est observée mais de manière inégale en fonction des sphères sociales. En effet, les effets sont surtout observés auprès des pairs et des proches familiaux (parents, frères et sœurs) ce qui amène à se poser cette question : **en quoi les interactions sociales avec la famille ou les pairs favorisent la**

communication et la socialisation ? Malheureusement, la notion de « pairs » utilisée dans l'enquête ne précise pas s'il s'agit d'enfants neurotypiques ou porteurs d'un TSA. Cette imprécision permet de soulever la question suivante : **est-ce-que la présence de personnes neurotypiques dans l'entourage facilite ou non la communication des enfants porteurs de TSA ?** Enfin, il serait pertinent de s'intéresser précisément aux critères de jeu et donc **quels facteurs du jeu permettent d'obtenir des améliorations en termes de communication ?**

L'enquête a donc relevé des effets positifs sur la communication et la socialisation mais également sur d'autres critères variés. Des liens pourraient être établis entre l'amélioration de la communication et l'amélioration de certains critères comme la gestion des émotions ou la théorie de l'esprit. En effet, ces critères sont liés entre eux. De même l'amélioration des habiletés sociales découle en partie d'une meilleure communication. Cela permet de se questionner de la façon suivante : **en quoi l'acquisition des notions de théorie de l'esprit et de gestion des émotions a-t-elle un impact sur le développement de la communication ?**

Concernant les modalités de jeu, l'enquête a permis de voir qu'elles étaient assez variées sur l'ensemble des modalités (lieu, temps, matériel…). Malgré toutes ces différences, les ergothérapeutes ont tous observé des améliorations de la communication et de la socialisation grâce au jeu. Si certaines modalités ont peu d'impact sur la communication, d'autres en revanche ont probablement des impacts importants. En effet, les personnes présentes lors des séances ont surement un impact sur la communication et la socialisation. Certains professionnels ont parlé des séances groupales. Cette modalité de jeu en groupe semble très pertinente pour travailler sur les notions de communication. **En quoi le jeu en groupe et entre pairs porteurs de TSA favorise la communication et la socialisation ?**

De plus, selon l'enquête, les approches développementales ressortent beaucoup dans les réponses ce qui était prévisible en raison de la place majeure qu'occupe le jeu dans ces thérapies. Néanmoins, les approches comportementales sont autant utilisées que les approches développementales selon les réponses des ergothérapeutes. Ce constat peut éventuellement provenir du fait que la méthode ABA qui découle de cette approche est largement utilisée en France. Cependant, il y a ici une certaine incohérence entre les réponses obtenues pour les approches et les modèles d'intervention. En effet, les trois quarts des ergothérapeutes ont répondu utiliser une approche comportementale. Or, seuls deux ergothérapeutes ont déclaré par la suite utiliser la méthode ABA. Par conséquent, il semblerait qu'il y ait un certain flou concernant les approches dans lesquelles les ergothérapeutes s'inscrivent. Ces imprécisions

proviennent peut-être d'un manque de formation et/ou d'information des professionnels concernant les approches et les modèles d'intervention qui en découlent. Plusieurs questions pourraient être soulevées : **la différence entre approche comportementale et développementale est-elle clairement distinguée par les ergothérapeutes ? Cette confusion s'explique-t-elle par une application parfois « partielle » de certaines méthodes ?** Cela pourrait en effet donner l'impression de se situer dans les deux approches à la fois.

1.5.7 Discussion des résultats et confrontation avec la revue de littérature

La revue de littérature est composée de diverses études présentant des méthodes variées mais pour lesquelles le jeu a une place centrale. Ces études s'intéressent à l'efficacité des méthodes d'intervention. Elles évaluent toutes la communication ainsi que d'autres critères. Les résultats de l'enquête exploratoire et de la revue de littérature corroborent sur l'amélioration de la communication (14-18 ;20 ;21). Cependant, l'enquête exploratoire posait la question directement sur l'impact du jeu sur la communication. Dans la revue de littérature, la question n'était généralement pas aussi ciblée ; elle interrogeait plutôt l'effet d'une méthode dans de telles conditions auprès d'un public précis (12-15; 17; 21; 23). Certes, étant fait que les méthodes utilisaient le jeu, cela donnait une réponse indirecte sur l'effet du jeu sur la communication. Mais l'effet du jeu était davantage biaisé par d'autres facteurs inhérents à la réalisation de l'étude. Sur ce point, l'enquête exploratoire a permis de complémenter la revue de littérature. De plus, cette enquête a permis de montrer le rôle des ergothérapeutes dans la prise en soin de l'autisme. En effet, peu d'études parlaient du rôle des ergothérapeutes dans les thérapies par le jeu. Cette enquête exploratoire complémente la revue de littérature en montrant que les ergothérapeutes peuvent avoir un rôle actif dans ce type de thérapie. Enfin, l'enquête exploratoire a permis d'interroger l'effet à long terme des thérapies utilisant le jeu. Les professionnels estiment en général que les effets bénéfiques obtenus perdurent à plus de six mois. Cette information complémente les informations obtenues dans la revue de littérature. Cependant, il s'agit là seulement d'une estimation des professionnels et non d'une évaluation précise et standardisée.

Synthèse

Par suite de l'analyse de l'enquête exploratoire, il en ressort que le jeu est beaucoup utilisé par les ergothérapeutes. Ces derniers observent des effets positifs sur la communication et la socialisation ainsi que d'autres effets en parallèle. Globalement, ces acquis se généralisent auprès de la famille et des pairs de l'enfant. Les professionnels estiment que les améliorations

en termes de communication perdurent à plus de six mois. Les modalités de mise en place du jeu sont différentes en fonction des professionnels. Cette enquête a permis de soulever la notion de jeux groupaux. Il serait intéressant de développer davantage cette modalité pour la suite. Enfin, les approches majoritairement représentées sont les approches développementales et comportementales. Au niveau des méthodes d'intervention ce sont les méthodes TEACCH et Denver qui sont le plus plébiscitées. Il en ressort que le jeu est utilisé dans différentes méthodes d'intervention même si ces dernières ne s'inscrivent pas forcément dans des thérapies par le jeu à proprement parler.

Enfin, la confrontation des résultats de l'enquête exploratoire avec ceux de la revue de littérature a permis de voir que celles-ci corroborent sur l'impact positif du jeu sur la communication et la socialisation. L'enquête exploratoire a permis d'interroger l'effet du jeu de manière plus isolée par rapport aux études de la revue de littérature. De plus, les deux corroborent en relevant également des effets positifs sur d'autres critères (niveau développemental, langage, motricité). L'enquête exploratoire a complémenté la revue de littérature en montrant le rôle des ergothérapeutes et en apportant des notions sur l'effet à long termes des thérapies par le jeu.

1.6 Question initiale de recherche

L'analyse critique de l'enquête exploratoire a soulevé différents questionnements. Ces questions portent sur les facteurs de l'environnement humain et leur lien avec l'amélioration de la communication, sur les modalités de mise en place des séances de jeu ainsi que sur les approches et méthodes d'intervention utilisées. Pour construire la question initiale de recherche, ce sont les questions concernant l'environnement humain ainsi que les modalités de jeu qui ont été retenues.

Des nouvelles modalités peu explorées jusque-là appellent à être davantage développées. Il s'agit des séances groupales utilisant le jeu entre plusieurs enfants porteurs d'un TSA. En effet, pour travailler la communication et la socialisation, la modalité du groupe semble très bien appropriée. Il permet de donner des occasions variées de communication et de socialisation. Cependant, cela questionne car tous les enfants réunis au cours d'un groupe ont tous cette difficulté commune de communication. Certes, certains enfants communiquent peut-être plus aisément mais le handicap social reste la problématique socle de l'autisme. **Alors comment peuvent-ils s'aider à mieux communiquer alors qu'ils souffrent individuellement d'une difficulté de communication ?** Cette première question en soulève

une deuxième : **quels éléments de la relation sociale permettent d'améliorer la communication ?** Enfin, **quelles sont les dynamiques et les forces agissant au sein d'un groupe** ?

Ces questionnements amènent à la question initiale de recherche suivante :

En quoi la dynamique de groupe dans un cadre de jeu influence-t-elle la communication et la socialisation des enfants porteurs d'un TSA ?

1.7 Cadre de référence

Cette question amène à rechercher des concepts et des théories pour étayer la réflexion. Pour cela, nous allons étayer la recherche par des données en sociologie et en psychologie sociale. En effet, la question interroge l'effet du groupe, les liens des individus entre eux. La sociologie et la psychologie sociale permettront donc d'apporter de nombreux éléments de compréhension et d'analyse. La première théorie qui sera développée est la dynamique des groupes restreints de Kurt Lewin. La deuxième théorie abordée sera le conformisme social développé par Durkheim et Asch. Enfin, le concept de jeu sera développé par Francine Ferland.

1.7.1 La dynamique des groupes

La dynamique des groupes est l'analyse des phénomènes humains qui sont générés dans les groupes. Un auteur clef de cette théorie a été retenu pour apporter des connaissances sur le sujet : Kurt Lewin en lien avec la dynamique des groupes restreints.

Tout d'abord, Lewin définit le groupe comme un tout c'est-à-dire que chaque membre du groupe est influencé par les comportements du groupe (24). Le groupe est fondé sur l'interdépendance entre les membres du groupes et entre les éléments du champ (buts du groupe, rôles, statuts, tempéraments, normes sociales et sociétales, environnement extérieur…) (25).

<u>Différents types de climats sociaux et leur dynamique</u>

En fonction du leadership dans un groupe, la dynamique du groupe et les comportements qui s'y jouent vont variés. Lewin a étudié la variation du comportement d'agressivité et de productivité dans une expérience en fonction de trois types de leadership différents : autocratique, démocratique et laisser-faire (25).

Dans un climat autocratique, les membres du groupe sont dirigés par un chef possédant tout le pouvoir et peuvent donc se sentir frustrés car ils sont dominés. Lewin observe alors deux

attitudes plutôt opposées : les membres se montrent soit apathiques (aucune agressivité, obéissance passive) soit au contraire expriment de fortes réactions agressives (rages collectives, dégradation de l'environnement matériel). Le comportement apathique des membres induit une résistance à l'agressivité passive. Cette résistance passive est probablement induite par le caractère répressif de l'autocrate (26). Alors que dans le cas des réactions violentes, l'agressivité est exprimée clairement et permet ainsi de réduire le taux de frustration des membres (25).

Dans un climat démocratique, le taux d'agressivité est faible car les membres peuvent se libérer progressivement de leurs frustrations. Le groupe démocratique est le groupe avec la meilleure productivité (25).

Dans un climat laisser-faire, le taux d'agressivité est plus élevé que dans les deux autres climats. Ce fort taux d'agressivité peut s'expliquer par une augmentation de la frustration générée par l'abandon des membres par leur chef (25).

Lewin conclut de cette expérience que le groupe est un tout mais ne correspond pas juste à la somme de ses parties. Lewin définit ainsi que « le groupe et son environnement constituent un champ social dynamique, dont les principaux éléments sont les sous-groupes, les membres, les canaux de communication et les barrières » (25).

Processus de changement social

Lewin définit la notion d'état quasi stationnaire qui se caractérise par un équilibre entre les forces propulsives c'est-à-dire désirées par le groupe et les forces restrictives c'est-à-dire résistantes au changement. Cet état se définit également par la notion de résistance au changement. Cela signifie que les variations minimes de forces ne modifient pas l'équilibre du groupe. Lewin montre que l'augmentation des forces opposées ne modifie pas l'équilibre, mais accroît la tension dans le groupe. Pour modifier une habitude d'un groupe durablement, il faut augmenter fortement l'une des forces opposées ou diminuer l'intensité d'une autre ce qui va générer une modification du champ de force et la création d'un nouvel équilibre (25) (26).

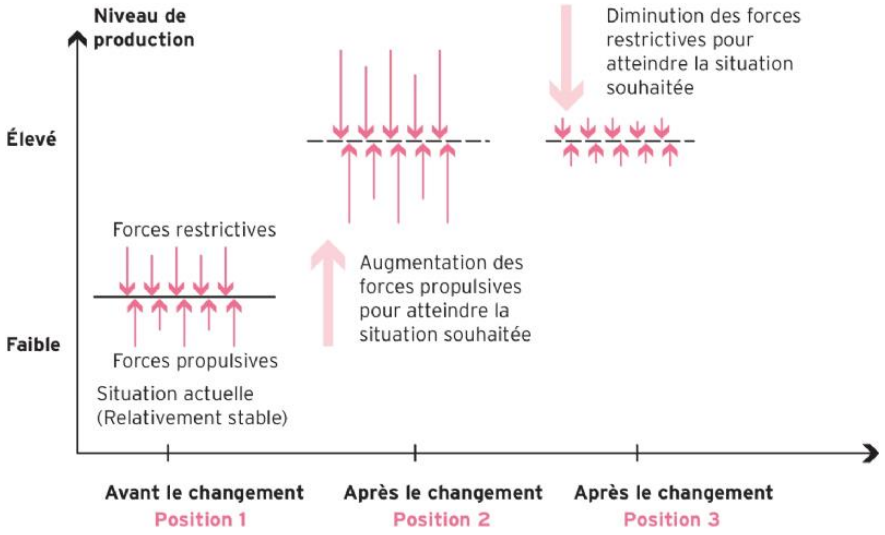

Schéma 1 : Mécanisme de changement de production en fonction des forces appliquées selon Kurt Lewin (27)

L'augmentation de la tension est à l'origine du processus de changement ; pour diminuer la tension et retrouver un état quasi stationnaire, le groupe va changer de comportement (25) (26).

Pour que le changement s'effectue et perdure dans le temps, Lewin a défini trois étapes :

- La **décristallisation :** elle correspond à l'abandon des habitudes provoqué entre autres par la déconstruction des préjugés.
- Le **déplacement** : il correspond au changement d'habitudes.
- La **cristallisation :** elle consiste à rendre permanent le nouveau champ de forces et à stabiliser le nouvel équilibre atteint (25) (26).

Le concept de dynamique des groupes restreints soulève quelques questionnements. Dans le cas d'un public d'enfants porteurs d'autisme, l'augmentation de la tension interne d'un groupe peut-elle être néfaste ? En effet, elle provoque une augmentation d'agressivité ce qui pourrait être difficile à gérer et à exprimer pour ces enfants. En effet, les enfants autistes ont des difficultés de réciprocité émotionnelle (3). De plus, les différents processus de changement social demande de la part du sujet une bonne compréhension de la situation et un changement de position généré par l'abolition de certains préjugés. Dans le cadre d'enfants, cette gymastique intellectuelle semble compliquée en lien avec la difficulté de compréhension des phénomènes sociaux (3). Cela amène à se questionner si les procédés de changement social développé par Lewin sont aussi pertinents pour un groupe d'enfants? En effet, le concept de changement social de Lewin découle de plusieurs expériences réalisées auprès d'adultes (26).

1.7.2 Le conformisme social

Le conformisme social est une théorie qui explique que les individus d'une société ont tendance à suivre les règles imposées par la majorité. Cette théorie est développée ici car elle propose une autre vision des phénomènes intra-groupaux. Elle permet de comprendre comment les interactions des individus entre eux peuvent modifier leurs comportements.

Durkheim développe le principe d'illusion de l'autonomie morale. La société dépasse l'ensemble des individus ; ce ne sont pas les individus qui créent eux-mêmes les règles et les valeurs sociales mais la société. Durkheim parle d'illusion car les individus intègrent profondément les principes moraux dictés par la société sans pour autant pouvoir les changer. De plus, Durkheim développe trois éléments qui contribuent à l'éducation morale : le goût de la régularité, la discipline scolaire et l'attachement aux groupes sociaux. Selon lui, les enfants adhèrent facilement à la régularité car ils sont sensibles au traditionalisme et aux suggestions impératives. Les adultes peuvent leur apprendre les règles sociales et la morale en les ramenant toujours aux mêmes habitudes et en faisant appel à leur faculté d'imitation. Cependant, en plus de cela il faut aussi que l'enfant comprenne la nécessité des règles qu'on lui impose (28).

Cette théorie développée par Durkheim se retrouve particulièrement dans les groupes d'habiletés sociales proposés aux enfants porteurs de TSA. Faire répéter et imiter les enfants est un procédé utilisé dans ce type de groupe. Cependant, la difficulté réside peut-être autour de la compréhension des règles sociales surtout pour les jeunes enfants porteurs d'autisme. En effet, la compréhension du monde et des relations interindividuelles qui les entourent est souvent difficile (3). Finalement, c'est peut-être l'élément manquant qui fait que l'acquisition de la morale et des habiletés sociales qui en découlent sont difficiles à acquérir pour ces enfants. Contrairement à la dynamique des groupes de Lewin pour qui le changement social implique de profondes mutations plus ou moins provoquées par la société, Durkheim propose une approche du changement social beaucoup plus instinctive et qui ne génère pas de tensions internes (25 ; 26 ; 28). Ces changements suivent un processus plutôt naturel, le principe d'illusion de l'autonomie morale, qui ne semble pas altérer le fonctionnement individuel le temps du changement (28). C'est un point très différent de la théorie de Lewin qui implique elle, un bouleversement, certes temporaire, du fonctionnement individuel par l'augmentation des tensions internes (25 ; 26).

Deuxièmement, Solomon Asch a apporté de nombreux apports sur la théorie du conformisme social. Les expériences de Asch ont démontré qu'un individu a tendance à se

conformer au reste du groupe quand il était en situation de minorité. L'effet est d'autant plus marqué quand l'individu est seul face à un groupe unanime. Dans le cas où deux individus dans un groupe sont déviants par rapport à la majorité, le conformisme diminue nettement (29).

Les expériences de Asch semblent proches de la théorie de Durkheim car là encore le changement social s'opère sans heurts majeurs car l'individu trouve finalement un certain confort, un certain équilibre à être en phase avec le reste du groupe (28 ; 29).

Par suite de la présentation de la théorie du conformisme social, quelques interrogations ont émergé. En effet, les expériences de Asch montrent que les individus suivent davantage le conformisme que l'indépendance en présence d'une pression sociale exercée par la majorité. Cependant, si les individus étaient de nouveau soumis aux mêmes expériences, les résultats obtenus seraient-ils les mêmes ? La question sous-jacente est de se demander s'il agit d'une imitation ponctuelle ou d'un comportement stéréotypé qui se répète. Au-delà de l'imitation du groupe, un apprentissage est-il possible ? En effet, dans le cas d'un groupe thérapeutique, il serait intéressant de savoir si des comportements sociaux pourraient être appris par conformisme. Les adultes seraient dans ce cas l'exemple des figures sociales à imiter. Ils sont d'ailleurs eux-mêmes imprégnés du conformisme social dépendant de la société dans laquelle ils évoluent. Cependant, qu'en est-il de l'imitation de comportements parfois inadaptés produits par d'autres enfants ? Vont-ils également être imités voire appris par l'ensemble des enfants ? De plus, il faudrait savoir si les comportements acquis par conformisme sont intégrés par la suite par l'enfant comme étant la règle générale.

1.7.3 Le jeu

Le jeu est un concept large qui revêt de nombreux aspects et applications. Les écrits de l'ergothérapeute Francine Ferland seront particulièrement repris pour parler du jeu. Tout d'abord, le jeu est un phénomène universel qui touche tous les enfants peu importe l'origine, la culture, l'époque. Le jeu possède plusieurs caractéristiques dont la plus fondamentale est le plaisir. Le plaisir se crée par la nouveauté, l'incertitude, le défi qu'apporte le jeu. Il faut veiller à ce que le défi ne soit ni trop important pour ne pas décourager l'enfant mais suffisant pour qu'il ne s'ennuie pas. La notion de plaisir est essentielle car si on la perd, le jeu se transforme alors en simple exercice. Elle pousse également l'enfant à agir (30).

Une situation de jeu peut être analysée ce qui permet de faire ressortir différentes composantes du jeu. Francine Ferland définit cinq composantes : sensorielle, motrice, cognitive, affective et sociale. Dans le cadre de cette recherche, c'est la composante sociale du

jeu qui sera tout particulièrement étudiée. En effet, le jeu permet à l'enfant de développer ses habiletés sociales. Il peut les développer de manière directe en jouant avec d'autres personnes : parents, frères et sœurs, pairs… Cela lui permet d'apprendre à communiquer, à partager le jeu, à imaginer ensemble. De plus, l'enfant peut également développer la composante sociale de manière indirecte grâce aux jeux d'imitation, de faire semblant… Dans ce cas, l'enfant fait interagir des personnages entre eux, crée des scénarii sociaux ou alors il peut directement interagir avec des objets comme s'ils étaient de vraies personnes (30).

Pour approfondir encore la composante sociale du jeu, il est important de revenir sur le développement du jeu chez l'enfant en fonction de l'âge (30). Jusqu'à un an, le bébé se situe dans une attitude de jeu solitaire. Il considère son entourage proche (figure parentale) mais ne s'intéresse pas aux autres enfants. Il est encore centré sur la découverte de son corps et de son environnement. A partir d'un an, l'enfant commence à s'intéresser aux autres enfants. Vers 18 mois, l'enfant va d'abord observer le jeu des autres enfants sans pour autant y participer. Il s'agit du jeu parallèle qui est une source de plaisir et d'apprentissage social pour l'enfant. En effet, ses observations lui permettent de comprendre comment les autres se comportent entre eux et de commencer à réfléchir à comment il pourrait interagir avec eux. Cependant à cet âge, l'enfant est encore égocentrique c'est-à-dire qu'il n'a pas encore acquis que les autres sont différents de lui et qu'ils ont des besoins qui leur sont propres. C'est à trois ans que l'enfant pourra vraiment partager des jeux avec d'autres enfants. C'est la période du jeu associatif où l'enfant développe les premières habiletés sociales : partager, attendre son tour... L'enfant aura plus de facilité à jouer avec un seul camarade de jeu. En effet, la compréhension de l'autre et de ses désirs est encore en construction ce qui mène à des conflits réguliers entre les enfants. Enfin, vers quatre cinq ans, l'égocentrisme de l'enfant a bien diminué ce qui permet d'entreprendre des jeux coopératifs. Dans ce type de jeu, chaque enfant détermine leur rôle. L'enfant peut comprendre sa différence par rapport aux autres et faire des compromis dans ce sens. C'est aussi le début des liens d'amitié (30).

Enfin, le jeu peut être soit guidé soit libre. Le jeu libre est un jeu sans règles qui permet à l'enfant de développer sa créativité, son imagination. Le jeu guidé comporte quant à lui un certain nombre de consignes à respecter. C'est le cas des jeux de sociétés. Le jeu guidé va alors permettre à l'enfant de développer des habiletés précises (cognitives, visuelles, sociales…) (30). Dans le cadre d'un groupe d'enfants porteurs d'un TSA, cette forme de jeu peut être propice aux apprentissages. Les jeux de sociétés permettraient par exemple de travailler sur les prérequis de communication : tour de rôle, attention conjointe, imitation, écoute… Dans le

cadre d'un groupe thérapeutique, ce type de jeu semble approprié pour travailler sur la communication et la socialisation.

Pour revenir à la question initiale, le jeu en groupe est donc propice auprès d'enfants ayant au moins trois ans. En effet, avant cet âge, le développement de l'enfant n'est pas encore suffisamment avancé pour s'emparer pleinement des ressources du jeu partagé. Le jeu est donc un outil essentiel pour développer la communication. En effet, l'enfant va passer par différentes étapes allant de l'observation, de l'action jusqu'à la coopération. De plus, la modification du comportement de jeu au fil du temps peut être mise en relation avec la dynamique des groupes. Par exemple, le passage du jeu associatif au jeu coopératif peut faire écho au processus de changement social de Kurt Lewin ou aux expériences de Asch. De la même façon, le rôle régulateur des parents dans le jeu associatif peut ramener au concept d'illusion et d'autonomie morale de Durkheim. Cependant, il serait intéressant de savoir quels processus interviennent dans les jeux en groupes : est-ce que les enfants se conforment au modèle que propose l'adulte de façon à être dans une situation de stabilité ? Ou alors, les adultes influent-ils un changement social par un apprentissage à travers le jeu ? Dans le cas du conformisme social, il faudrait que l'enfant prenne en compte l'environnement humain, ce qui n'est pas forcément le cas pour de jeunes enfants avec un TSA. Les phénomènes observés dans la dynamique des groupes peuvent être davantage induits en faisant appliquer un nouveau comportement par une tierce personne.

1.8 Question de recherche et objet de recherche

Le cadre de référence a permis d'apporter des éléments de compréhension concernant le fonctionnement d'un groupe et les évènements qui s'y déroulent. Le phénomène de changement social de Lewin ou le conformisme social de Asch ont donné des clefs sur les pouvoirs du groupe. Le groupe fait donc émerger des mécanismes divers permettant de modifier l'état individuel et groupal. De plus, le concept de jeu a permis de détailler les différentes étapes de développement du jeu chez l'enfant. Il a apporté également des notions plus précises sur l'apport du jeu à plusieurs et du jeu guidé.

La revue de littérature a permis dans un premier temps de montrer que le jeu avait des effets sur la communication et la socialisation des enfants porteurs d'un TSA. L'enquête exploratoire a permis par la suite de compléter ces informations en les resituant plus précisément dans le champ de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes observaient également des effets positifs du jeu sur la communication et la socialisation dans le cadre de leur pratique. Pour poursuivre cette recherche, il serait intéressant de savoir ce que pensent les

ergothérapeutes des groupes de jeu destinés aux enfants porteurs d'un TSA. En effet, les potentialités du groupe sont puissantes et indéniables au vu des théories développées précédemment. Cependant, il faut savoir manier les différents facteurs du groupe tout en veillant à ne pas brusquer l'enfant. Il serait donc intéressant d'interroger les ergothérapeutes sur la communication et la socialisation des enfants dans le cadre d'un groupe. Est-ce-que les effets produits par le groupe peuvent avoir une influence sur la communication et la socialisation ? De plus, cette recherche permettrait d'explorer les modalités de jeu utilisées par les ergothérapeutes lors de séances en groupe. En effet, le cadre de référence a mis en évidence différents types de jeu qui amènent à développer des habiletés différentes. Il en est ressorti que le jeu guidé permettait aux adultes d'apprendre à l'enfant de nouvelles habiletés dont les habiletés sociales. Ainsi, la question de recherche qui en découle est :

Quel regard porte l'ergothérapeute sur la socialisation et plus particulièrement sur la communication d'enfants porteurs d'un TSA dans le cadre d'un jeu guidé en groupe ?

L'objet de recherche de cette étude est :

Regard de l'ergothérapeute sur la socialisation et la communication dans le cadre d'un jeu guidé en groupe entre pairs porteurs d'un TSA

2 Matériel et méthode

Dans l'optique de répondre à la question de recherche, un dispositif de recherche a été mis en place. Il a pour but d'interroger directement les acteurs du phénomène étudié.

2.1 Choix de la méthode de recherche

Pour mener cette recherche, la méthode clinique a été retenue. Elle permet d'explorer, d'observer et de décrire un phénomène. Dans le cadre de cette recherche, cette méthode a permis d'interroger le ressenti des ergothérapeutes sur le jeu guidé auprès d'enfants porteurs d'un TSA. Elle a permis aussi d'analyser les situations de jeu guidé en groupe de pairs via les regards des professionnels du terrain. De plus, cette recherche clinique s'inscrit dans le versant de la clinique des cas. Cela signifie que l'importance est donnée au sujet ainsi qu'à ses impressions et ressentis (31).

2.2 Choix de la population cible

Dans le cas de cette recherche, le public interrogé se compose d'ergothérapeutes ayant une expérience de jeu guidé en groupe auprès d'enfants porteurs d'un TSA. Ces ergothérapeutes doivent travailler soit en structure médico-sociale, sociale ou encore en exercice libéral. Les enfants doivent avoir un diagnostic de TSA et avoir 12 ans au maximum. Dans le cadre d'une méthode clinique, il semble pertinent d'interroger directement les professionnels qui mènent des groupes de jeu. En effet, ils perçoivent la situation de l'intérieur et peuvent donc en témoigner. De plus, ils peuvent apporter des éléments d'observation d'ordre professionnel qui pourront enrichir la profession.

Concernant les critères d'exclusion, les ergothérapeutes ne travaillant pas auprès d'un public d'enfants autistes et ne réalisant pas de séances de jeu guidé en groupe ne participeront pas à la recherche. La population des enfants porteurs de TSA est également exclue de la population cible. Enfin, les parents de ces enfants sont aussi exclus de cette recherche.

2.3 Choix de l'outil de recueil de données

L'outil de recueil de données retenu pour cette recherche est l'entretien. Cet outil permet d'obtenir des informations riches, précises et singulières. Chantal Eymard (2018) explique que l'entretien « renseigne sur ce que les personnes perçoivent et/ou pensent de tel ou tel thème » (31). De plus, il permet de rencontrer les personnes et donc d'avoir accès au langage non verbal, aux mimiques, aux hésitations... Ces éléments complètent le discours oral. L'entretien permet aussi de suivre la réflexion de la personne interrogée en direct. Cette spontanéité permet

d'enrichir l'échange, de rebondir sur les questionnements, les incertitudes. Il permet d'avoir accès à des informations plus sensibles et personnelles. Finalement, l'entretien apportera des données singulières et les plus authentiques possibles qui permettront de donner des éléments de réponses à la question de recherche (31).

L'entretien comporte quelques inconvénients dont il faut tenir compte. La présence de l'enquêteur peut avoir une influence sur le discours de l'enquêté. En effet, la personnalité, la posture, les questions de l'enquêteur peuvent influencer les réponses de l'enquêté. De plus, cet outil demande du temps à la fois pour préparer l'entretien, pour le réaliser en tant que tel puis pour traiter les données. En effet, il est essentiel de savoir précisément les objectifs de l'entretien pour poser des questions correctement ciblées et réagir pertinemment aux réponses de l'enquêté. Il faut également être familier avec le sujet. Il peut également être difficile de rencontrer les professionnels : disponibilité temporelle, éloignement géographique…

2.4 Construction de l'outil

L'outil de recueil des données choisi pour cette recherche est l'entretien. Plusieurs types d'entretien existent comme l'entretien directif, semi-directif ou non-directif. L'entretien directif n'a pas été retenu car cette modalité ne semble pas appropriée dans le cadre d'une recherche clinique. En effet, l'aspect directif limite la singularité de ce que peut apporter le sujet sur le phénomène observé. Or, la méthode clinique et plus précisément la clinique des cas, cherche justement à obtenir des données sur les ressentis personnels du sujet. L'entretien semi-directif permet quant à lui de canaliser l'échange tout en permettant une certaine liberté. Dans cette recherche, deux thématiques principales ont été déterminées : la communication et la socialisation. L'entretien semi-directif permet d'explorer parallèlement ces deux notions. Il permet également d'éviter de s'étendre sur des thématiques ne correspondant pas à la recherche. L'enquêteur peut approfondir certaines thématiques quand elles n'ont pas été abordées spontanément par l'enquêté grâce à des questions de relance (31). Ce type d'entretien requiert également un temps de mise en œuvre raisonnable grâce à l'orientation des questions de l'entretien. Pour ces différentes raisons, l'entretien semi-directif a été retenu pour cette recherche clinique. Au vu de la situation sanitaire internationale en lien avec le Covid-19, les entretiens ont été réalisés par téléphone.

Une matrice d'entretien a été établie pour construire l'échange. Elle comprend la question inaugurale, les sous-thématiques et les questions de relance (Cf annexe 6).

Question inaugurale : *Est-ce que vous pouvez me parler de la communication et de la*

socialisation des enfants lors de jeux guidés en groupe ?

Cette première question permet de lancer la personne enquêtée dans le sujet de l'échange. Elle se veut assez globale et sera par la suite affinée et précisée par les questions de relance afin d'obtenir des précisions si nécessaire. À la suite de cette première question, deux questions de relance ont été établies afin d'explorer davantage chacune des deux sous-thématiques :

- *Qu'observez-vous de la socialisation ?*
- *Qu'observez-vous de la communication ?*

Ces questions de relance ont pour objectif d'approfondir le discours afin d'obtenir davantage d'éléments sur l'une ou l'autre des sous-thématiques. Elles ne seront pas forcément posées si l'échange s'oriente naturellement sur ces questions. L'ordre des questions de relance est également interchangeable en fonction de l'évolution de l'échange.

2.5 Biais de l'outil

L'outil de recherche contient un certain nombre de biais. Il est important d'en avoir conscience afin de pouvoir éventuellement mettre des stratégies en place pour les atténuer ou les supprimer.

- Biais de sélection : d'une part, le public a été sélectionné par l'enquêteur, et d'autre part, les enquêtés ayant acceptés de participer à l'enquête sont probablement intéressés par cette recherche. L'échantillon des participants n'est donc pas forcément représentatif de la vision que porte la majorité des ergothérapeutes sur le sujet.
- Biais cognitif : la formulation des questions peut conditionner la réponse de l'enquêté si elle est implicitement ou explicitement orientée. Pour cela, il faudra réfléchir à la formulation des questions en amont de façon à ne pas orienter la réponse de l'enquêté.
- Biais de désirabilité sociale : le fait que l'enquêteur et l'enquêté soient identifiés et non anonymes peut renforcer ce biais-là. En effet, l'enquêté peut modifier son discours pour correspondre à ce qu'il pense être « conforme ». Pour limiter ce biais, l'enquêteur devra faire attention à rester neutre dans ses paroles et remarques, peu importe les réponses apportées par l'enquêté.
- Biais affectif : l'enquêteur doit d'abstenir de montrer ses émotions, ses ressentis, ses avis sur la question pendant l'entretien. Par exemple, le choix du vocabulaire, de la sémantique ne doit pas mettre en lumière une prise de parti. En effet, cela aurait des

répercussions sur les réponses du participant.

- Biais de confirmation : l'enquêteur doit présenter toutes les hypothèses de manière équitable et ne pas favoriser celles qu'il estime vraies.

2.6 Test de faisabilité et de validité de l'outil

Afin de s'assurer de la clarté et de la pertinence de l'outil, un test a été réalisé en amont de la recherche. La cohorte d'essai se composait de deux ergothérapeutes : une ergothérapeute travaillant en SESSAD auprès d'enfants et d'adolescents porteurs d'un TSA et une ergothérapeute ayant participé à une recherche sur le potentiel du jeu sur la socialisation des enfants porteurs d'un TSA. Premièrement, ce test a permis de tester le matériel d'enregistrement de l'entretien. En effet, pour pouvoir analyser les données à posteriori, il est nécessaire d'avoir l'enregistrement de l'appel téléphonique. De plus, le test a permis d'améliorer la clarté de la question inaugurale. La formulation de celle-ci a été légèrement modifiée afin d'être plus simple et plus claire. Une des ergothérapeutes a demandé quelques précisions sur la communication et la socialisation pour orienter sa réflexion. Cependant, il a été choisi de garder une question assez générale quitte à préciser si nécessaire afin de garder une large ouverture favorable à l'échange. Ce test a également permis à la chercheuse de s'approprier la méthode de l'entretien semi-directif afin d'être la plus efficiente possible pour les entretiens qui vont composer la recherche.

2.7 Déroulement de l'enquête

Afin de recruter des ergothérapeutes correspondant au profil recherché pour la recherche, deux moyens de communications ont été utilisés : d'une part les réseaux sociaux et d'autre part des mails destinés à une liste de structures médico-sociales spécialisées dans l'accueil d'enfants autistes. Les publications sur les réseaux sociaux et les mails contenaient une brève explication du thème de la recherche et le profil recherché pour y participer. Un rendez-vous téléphonique a été planifié par échange de mails avec les participants. Tous les entretiens se sont déroulés par téléphone.

Lors de l'entretien téléphonique, la chercheuse commençait par se présenter puis présenter le thème de la recherche. Elle demandait ensuite l'autorisation d'enregistrer et de retranscrire les données téléphoniques en précisant qu'elles resteraient anonymes. La chercheuse posait quelques questions sur la structure et l'expérience de l'ergothérapeute (année de diplôme, ancienneté dans la structure). Enfin, la question inaugurale était posée. L'échange se déroule en fonction des informations données par les participants. La chercheuse pose des

questions soit pour approfondir certains points évoqués par le participant soit en posant une des questions de relances préétablies. A la fin de l'entretien, la chercheuse demande si l'ergothérapeute souhaite rajouter quelque chose concernant la communication et la socialisation dans le cadre de jeux guidés en groupe. Ensuite, la chercheuse remercie le participant et l'entretien prend fin.

Quatre ergothérapeutes ont répondu positivement aux sollicitations d'entretiens. Après la réalisation des entretiens, il a été choisi d'en retenir trois. En effet, le quatrième ne correspondait pas pleinement aux conditions de participation.

Le premier entretien s'est déroulé le 02/04/2020 à 11h et a duré une heure. Le deuxième entretien s'est déroulé le 03/04/2020 à 10h et a duré 36 minutes. Enfin, le troisième entretien a également eu lieu le 03/04/2020 à 17h et a duré 47 minutes.

Cette recherche ne rentre pas dans le champ d'application de la loi Jardé. Cela signifie qu'aucune autorisation n'est nécessaire pour la réaliser. Toutefois, les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche ont été informées de l'objet de la recherche et ont accepté librement d'y participer.

2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Tout d'abord, les entretiens ont été enregistrés via deux outils : l'application CallX® sur téléphone et le logiciel Audacity® sur ordinateur. Pour la retranscription écrite, c'est le logiciel Microsoft Word® qui a été utilisé.

3 Résultats

Deux analyses ont été réalisées afin de traiter les résultats : tout d'abord une analyse descriptive puis une analyse textuelle. L'analyse descriptive a permis de mettre en évidence les caractéristiques de la population de la recherche. L'analyse textuelle prend la forme d'une analyse thématique.

3.1 Analyse descriptive

Les trois participantes ont été identifiées anonymement via ces repères : E1, E2 et E3. Il s'agit exclusivement de femmes. L'ergothérapeute E1 exerce en libéral où elle anime un groupe de jeu auprès d'enfants autistes de 8 à 12 ans. Elle exerce auprès de ce public depuis janvier 2019. L'ergothérapeute E2 exerce en SESSAD spécialisé TSA depuis neuf ans et demi. L'âge des enfants participant au groupe de jeu ont entre 4 et 7 ans. Elle anime deux groupes de jeu : un pour les 4-5 ans et un pour les 6-7 ans. L'ergothérapeute E3 exerce en UEM (Unité d'Enseignement de Maternelle) spécialisée TSA depuis 4 ans et demi. Les enfants sont âgés de 2 ans et demi à 7 ans. Elle exerce également en libéral auprès d'enfants avec un TSA mais ne réalise pas de groupe de jeu dans ce cadre. Les ergothérapeutes E1, E2 et E3 sont diplômées respectivement de 2015, 2007 et 1993.

3.2 Analyse thématique

L'analyse thématique se découpe en deux phases : décontextualisation et recontextualisation. La phase de décontextualisation se définit par l'émergence de thèmes, appelés également nœuds, à la suite de la lecture du corpus par le chercheur. La phase de recontextualisation se caractérise par une mise en lien des différents thèmes. Cette mise en lien peut être soutenue par la cadre théorico-conceptuel élaboré en amont de la recherche (32). Pour réaliser cette analyse, les trois entretiens ont d'abord été lus. À la suite de cette première lecture, cinq thèmes ont été élaborés. Ensuite, les fragments d'entretien correspondant à chacun des thèmes ont été placés dans la grille d'analyse (Cf annexe 10). Dans le but d'affiner la phase de décontextualisation, des sous-thèmes ont été établis (Cf annexe 11).

3.2.1 La communication

Concernant les objectifs en termes de communication, ils varient en fonction de l'âge. Pour l'ergothérapeute E1 qui travaille auprès d'enfants âgés entre 8 et 12 ans, les objectifs sont d'écouter l'autre et de se regarder dans les yeux (annexe 7 l. 16-17). Pour l'ergothérapeute E2, les objectifs des enfants de 4 à 5 ans sont de développer « les compétences de base à la communication, donc imitation, tour de rôle » (annexe 8 l.223). Enfin, pour l'ergothérapeute E3

qui travaille avec des enfants âgés de 2 ans et demi à 7 ans, l'objectif pour les plus jeunes d'entre eux est déjà d'obtenir un contact visuel (annexe 9 l.51-52).

La communication entre pairs observée par les ergothérapeutes varie également en fonction de l'âge des enfants (annexe 8, l.52-53). De plus, selon une ergothérapeute, les différences de niveaux de communication au sein d'un groupe d'enfants d'âge similaire peuvent également générer un certain équilibre et permettre aux enfants les plus avancés de soutenir les apprentissages des autres (annexe 8 l.125, 129-130). L'ergothérapeute E1 observe que les enfants communiquent plutôt bien entre eux, que la compréhension est globalement correcte et qu'ils s'expriment spontanément (annexe 7 l.167, 257-258). L'ergothérapeute E2 estime également que les plus grands ont acquis une certaine compréhension. Pour les plus jeunes, souvent non verbaux, elle observe majoritairement de la communication non-verbale comme des recherches de regards entre eux (annexe 8 l.34-36). L'ergothérapeute E3 observe quant à elle seulement des débuts d'interactions (annexe 9 l.27). Le niveau de communication étant très faible pour les tout-petits, seule la communication avec l'adulte est possible au début (annexe 9 l.280-282). Elle a également besoin de tout initier car rien n'est spontané dans la communication (annexe 9 l.126). Elle utilise d'ailleurs pour les enfants non verbaux des modes de communication alternatifs comme le PECS (annexe 9 l.19-20, l.79).

Les trois ergothérapeutes relèvent aussi des difficultés de communication (annexe 7, l.186, 99-100, annexe 9 l.273-274). Pour les enfants plus grands, la communication est parfois inadaptée : prise de parole incontrôlée ou décontextualisée, vulgarité, moquerie (annexe 7 l.108, 180-181, annexe 8 l.37-38, 52). De plus, les bases de communication ne sont pas toujours acquises comme regarder l'autre quand on parle, s'écouter les uns les autres (annexe 7 l.106-108). Le versant compréhensif peut être aussi problématique, et selon une ergothérapeute cela est principalement lié à des troubles attentionnels (annexe 7 l.167-168, 171-173). Pour les plus jeunes, l'entrée en communication est très compliquée et peut générer des comportements inadaptés en conséquence (annexe 9 l.24-25, 30-31, 255-257). Cette difficulté peut s'expliquer en partie par le déficit en théorie de l'esprit (annexe 9 l.174-176).

Concernant l'évolution de la communication, les ergothérapeutes ont des points de vue différents. Une ergothérapeute perçoit des effets très subtils qu'elle attribue en partie au fait que son groupe est récent (annexe 7 l.239, 330). Une autre ergothérapeute observe des évolutions mais pas forcément attribuables au travail réalisé en groupe même s'il a probablement son importance (annexe 8 l.58-60).

Les ergothérapeutes des trois entretiens rendent compte de niveaux de communication très différents entre autres en fonction de l'âge des enfants. La communication est faible pour les enfants âgés entre 2 ans et demi et 4-5 ans. En revanche, les enfants de 6-12 ans communiquent beaucoup mieux. Cependant, deux ergothérapeutes (E1 et E2) ont soulevé le fait que le langage peut être inadapté et tout de même inférieur par rapport à un enfant neurotypique du même âge. Les ergothérapeutes semblent d'accord pour dire que la communication est facilitée quand elle passe par l'adulte et en duel pour les plus jeunes enfants.

3.2.2 La socialisation des enfants

Les ergothérapeutes ont différents objectifs de socialisation en fonction des âges. Ainsi, pour les enfants de 4 à 5 ans, les objectifs sont tournés autour de l'imitation, du tour de rôle et du jouer ensemble (annexe 8 l.15, 18). Pour les enfants un peu plus grands (6-7 ans), l'ergothérapeute E2 a comme objectif de faire acquérir les règles sociales « j'accepte de perdre, j'accepte d'attendre mon tour, de ne pas être le premier. » mais aussi de prendre en compte l'autre et d'apprendre à faire ensemble (annexe 8 l.47-49, 10-11). L'ergothérapeute E1 est sur des objectifs tels que « Arriver à formuler une demande. Une demande d'aide. Arriver à inviter quelqu'un. » (annexe 7 l.35-36).

Des difficultés sont reportées par les trois ergothérapeutes (annexe 7 l.101.102, 419-420, annexe 8 l.99-100, 278, annexe 9 l.258-261). Elles observent qu'ils ne comprennent pas le concept des règles sociales et qu'il est nécessaire de tout leur apprendre (annexe 7 l.262, 264-266). Ces difficultés sont amplifiées chez les tout-petits par des comportements inadaptés et des réactions exacerbées en lien avec une intolérance à la frustration (annexe 9, l.38-39, 74-75). Deux ergothérapeutes ont également pu dire que ces enfants n'ont pas ou peu de copains en lien avec ces difficultés et peuvent même être victimes de harcèlement scolaire (annexe 7 l.110-114, annexe 9 l.293-294, l.298). De plus, certains enfants vont davantage se socialiser avec l'adulte qu'avec leurs pairs (annexe 8 l.269-270). Etant fait que l'objectif est qu'ils se socialisent avec leurs pairs plutôt qu'avec les adultes, l'ergothérapeute les pousse à « favoriser les interactions entre eux » (annexe 8 l.270) en estompant sa présence si nécessaire (annexe 8 l.267). Dans d'autres cas au contraire, certains enfants montrent plus de motivation à interagir quand ils sont entre pairs (annexe 7 l.260-262). Certains enfants « sont ouverts sur les autres et […] se posent des questions quand même sur l'autre » (l.128) ce qui peut faciliter la socialisation. L'ergothérapeute E3 explique également que pour les tout-petits, elle passe aussi par des activités de la vie quotidienne pour leur apprendre à faire ensemble, car c'est plus concret (annexe 9 l.195-197).

Malgré les difficultés rencontrées, les enfants sont heureux et motivés à venir à ces séances de groupe selon deux ergothérapeutes (annexe 7 l.99, 103, annexe 8 l.143-149, 53). De plus, des améliorations sont relevées au fil du suivi (annexe 9 l.95-97) et une acquisition de certaines règles comme la politesse, la formulation de demandes pour les plus grands (annexe 7 l.276-278). Une ergothérapeute soulève la difficulté de généralisation des acquis : dans les groupes, les enfants sont capables de mettre en application les règles de socialisation mais pas forcément une fois à l'extérieur (annexe 7 l.113).

Les ergothérapeutes observent donc des difficultés liées en partie à l'incompréhension des règles sociales. Cependant, les enfants sont capables d'acquérir progressivement des habiletés sociales. Deux ergothérapeutes relèvent le plaisir des enfants qui émerge lorsqu'ils jouent ensemble. Cependant, les ergothérapeutes expriment là encore des différences importantes entre les plus jeunes enfants et les enfants d'une dizaine d'année.

3.2.3 Jeux et autres supports favorisant la communication et la socialisation

Deux ergothérapeutes structurent leurs séances à travers des supports visuels : tableau, emploi du temps, timer (annexe 7, l.9-11, 15-16, annexe 8 l.14, 78-79). Les jeux sont aussi structurés pour faciliter la compréhension des règles via des repères visuels clairs (annexe 8 l.26, 78-79). Ces supports ont pour but de favoriser la compréhension de ce qu'est la socialisation et la communication. Concernant les types de jeu, ils varient beaucoup en fonction de l'âge des enfants. L'ergothérapeute E1 utilise des jeux de l'oie et des jeux de rôles (annexe 7 l.31-35) qui reprennent les notions de communication et de socialisation qu'elle a abordées avec les enfants. Pour les enfants plus jeunes, ces jeux sont trop complexes (annexe 9 l.36-37). L'ergothérapeute E2 propose aux enfants de CP-CE1 des jeux moteurs, des jeux de récré (loup glacé, 1 2 3 soleil…), des parcours moteurs, des jeux d'inhibition, des jeux de lancer (annexe 8 l.8-12, 25-27). Pour les enfants de 4-5 ans, l'ergothérapeute E2 fait des comptines, des jeux de lancer, de la balançoire, des jeux à table, des lotos, des jeux très simples, des jeux de cause à effet (« Filouche et tout » ou « Pic'Pirate »), des jeux d'imitation, des petites rondes (annexe 7 l.18-22, 28-29). L'ergothérapeute E3 utilise des jeux similaires (annexe 9 l.32) et précise que « ce sont toujours des jeux où on gagne tous ensemble […] il n'y a pas de gagnants, pas de perdants, il n'y a pas de tout ça » afin d'éviter des comportements inadaptés, de frustrations (annexe 9 l.103-104). Deux ergothérapeutes mettent en place des systèmes de récompenses (alimentaires en général qui peuvent se transformer ensuite en renforçateurs sociaux) pour favoriser l'apprentissage des notions de communication et de socialisation (annexe 7 l.147-148, annexe 9 l.53, 83, 88-89)

Bien que le jeu entre pairs soit un support intéressant pour travailler la communication et la socialisation, il est difficile à mettre en place auprès des tout-petits en particulier entre plusieurs pairs selon l'ergothérapeute E3. Elle en conclut que les jeux en groupe sont quasiment impossibles à réaliser avec les tout-petits en lien avec les comportements inadaptés (annexe 9 l.46-47). Cependant, afin de travailler sur la socialisation et la communication, elle passe par le jeu en duel avec l'adulte (annexe 9 l.252). En effet, l'adulte s'adapte et compense donc les lacunes de l'enfant en termes de socialisation. Pour elle, c'est un prérequis essentiel qui, une fois acquis, pourra être transféré auprès des pairs de l'enfant (annexe 9 l.235 ; l.252-253).

Enfin deux ergothérapeutes insistent sur l'importance de l'aspect ludique et du plaisir d'être ensemble pour faire passer les notions aux enfants (annexe 7 l.156-158, annexe l.242-243).

3.2.4 Dynamique et gestion du groupe

L'ergothérapeute E1 exprime des difficultés à gérer les apprentissages du groupe car les enfants n'apprennent pas au même rythme (annexe 7, l.70-71) d'autant plus qu'elle anime seule le groupe de quatre enfants. Il y a aussi quelques débordements ce qui rend la gestion du groupe compliquée (annexe 7 l.75, 104-106). Il est nécessaire de trouver finalement un juste milieu entre l'aspect ludique et l'apprentissage. L'ergothérapeute E3 estime que pour les tout-petits, le groupe doit se composer de deux enfants maximum car autrement c'est ingérable (annexe 9, l.116-117). Idéalement, elle estime qu'il faut un adulte par enfant (annexe 9 l.117). Ces observations sont dans la continuité de ce qu'elle a pu observer sur la communication, la socialisation et les jeux.

Selon deux ergothérapeutes, le groupe offre une dynamique et des interactions différentes (annexe 7 l.109, l.238, annexe 8 l.153-154). Les séances en groupe se passent même parfois mieux qu'en séance individuelle pour certains enfants (annexe 7 l.186). Certains apprentissages se font également beaucoup mieux en groupe qu'en individuel (annexe 7 l.117, 188-190). L'ergothérapeute E2 trouve d'ailleurs que le groupe est le moyen le plus adapté pour travailler la communication (l.102). Cependant, la continuité du groupe est un facteur important pour obtenir des apprentissages (annexe 7 l.339-340). De plus, les comportements inadaptés et les troubles attentionnels perturbent parfois le fonctionnement du groupe (annexe 7 l.109, 198-199). Deux ergothérapeutes expriment le plaisir que les enfants ont à se retrouver ensemble (annexe 8 l.70, 94, 254-255). Ils sont même parfois plus contents de venir au groupe qu'en séance individuelle (annexe 7 l.187). L'ergothérapeute E2 conclut en disant que le groupe « met

beaucoup de sens dans [sa] pratique » (annexe 8 l.279).

Concernant les limites du groupe, deux ergothérapeutes émettent une réserve pour les tout-petits (annexe 8 l.104). Pour les très jeunes enfants, les jeux en groupe sont très difficiles à gérer (annexe 9 l.46-47). De manière générale, auprès d'enfants de deux ans et demi à 4-5 ans, la communication et la socialisation sont encore très faibles. De ce fait, les jeux en groupe sont difficiles à mettre en place et n'apportent que peu d'intérêt pour le développement de la communication et la socialisation. De plus, la constitution du groupe n'est pas toujours facile car il faut que les enfants aient des profils relativement similaires (annexe 8 l.95-97) dans l'objectif de « créer un groupe où il va y avoir pas mal d'interactions et d'échanges d'intérêts communs des enfants, de partage du jeu » (annexe 8 l.98-99).

3.2.5 Rôles des adultes

Les ergothérapeutes assurent un rôle particulier lors des séances en groupe. Elles multiplient le nombre de voies de communication à travers des supports visuels et en répétant beaucoup pour favoriser la compréhension des enfants (annexe 7 annexe 8 l.40-41). Ce sont elles aussi qui instaurent le cadre, les règles (annexe 8 l.258-259). L'ergothérapeute E3 a un rôle actif auprès des enfants et les amène à communiquer en les sollicitant continuellement (annexe 9 l.77). Cette phrase de l'ergothérapeute « C'est toi qui vas collaborer avec les autres enfants. » (l.148) explique bien ce rôle d'acteur auprès de l'enfant ; c'est bien l'adulte qui invite l'enfant à communiquer. L'ergothérapeute insiste aussi sur le besoin de s'adapter, de guider l'enfant à travers des guidances verbales mais aussi physiques (l.147-149). Là encore, plusieurs voies de communication sont mises en place.

L'ergothérapeute E1 a vraiment insisté sur le rôle des parents dans l'acquisition et la généralisation de la communication et de la socialisation « Il faut vraiment transférer les acquis avec les parents. » (annexe 7, l.42, 248-249, 340-341). Elle déplore aussi le manque d'implication de certains parents ce qui compromet le travail fait en groupe « si toi tu leur demandes de travailler aux enfants, et que ça ne se fait pas à la maison, ça ne sert à rien » (l.42-43). Enfin, deux des ergothérapeutes expliquent que si elles comptent sur les parents, c'est car ce sont eux qui sont les plus présents au quotidien (annexe 7 l.334-335, annexe 9 l.333-334, 337). Cependant, l'ergothérapeute E3 est reconnaissante du travail des parents alors que l'ergothérapeute E1 déplore davantage leur manque d'implication au quotidien.

Les ergothérapeutes E1 et E3 relève l'importance du travail d'équipe pour optimiser l'acquisition et la généralisation des acquis en communication et en socialisation (annexe 7,

l.251-254, annexe 9, l.333).

3.2.6 Recontextualisation

Le regard global que pose un ergothérapeute sur la communication et la socialisation d'enfant porteur d'un TSA dans le cadre d'un jeu guidé en groupe pourrait être compris ainsi : les enfants se socialisent et communiquent mais cela reste très différent d'un enfant neurotypique (E1 l.107). L'ergothérapeute repère également des difficultés importantes de socialisation et de communication (E1 l.18, E2 l.99, E3 l.60). Ces compétences ne sont pas innées et il est donc nécessaire de tout leur apprendre. Certains ergothérapeutes insistent sur cette altérité notable des enfants porteurs d'un TSA par rapport à un enfant neurotypique (E1 l.107) alors que d'autres se montrent plus encourageants et positifs malgré les difficultés importantes (E2 l.204). Parfois, les acquis progressifs en communication et en socialisation semblent « minimisés » du fait de la difficulté globale de ces enfants dans les interactions sociales (E1 l.227). L'expérience de l'ergothérapeute semble avoir une influence sur la façon de percevoir la socialisation et la communication. Un ergothérapeute avec de nombreuses années d'expérience se montre plus positif sur les compétences des enfants. Un ergothérapeute avec peu d'expérience semble plus focalisé sur les difficultés des enfants.

L'ergothérapeute considère que la communication et la socialisation sont deux notions très liées. Quand la communication n'est pas encore acquise, la socialisation peut très difficilement être mise en place (E3 l.303-304). Il semblerait donc pertinent de travailler en amont la communication et ensuite les compétences sociales. D'ailleurs, certain ergothérapeute utilisait le terme de « collaboration » plus que de communication ou de socialisation (E3 l.24, 30, 42). Le choix de ce terme est peut-être lié au fait qu'avant de pouvoir communiquer ou se socialiser, il est déjà nécessaire d'être en lien avec l'enfant.

L'ergothérapeute adapte ses jeux afin de correspondre aux capacités des enfants en termes de communication et de socialisation (E1 l.16, E2 l.78, E3 l.147). Finalement le jeu est au service de la communication et de la socialisation de l'enfant. Il semble plus utilisé en tant que moyen qu'en tant que finalité par les ergothérapeutes. Cependant, l'ergothérapeute considère que le jeu doit aussi apporter du plaisir.

La dynamique instaurée par le groupe est intéressante pour travailler la communication et la socialisation. Au-delà des jeux proposés, les enfants semblent déjà tirer des bénéfices rien qu'en étant ensemble. Finalement, le « être ensemble » semble parfois plus important que le « jouer ensemble ».

Le rôle des parents est ressorti comme une composante adjacente essentielle au travail effectué en groupe. Parfois, l'ergothérapeute insiste beaucoup sur cet aspect : le groupe et les parents sont interdépendants et c'est cette corrélation qui peut avoir un effet sur la communication et la socialisation (E1 l.240-241). Enfin les rôles des différents professionnels et des parents sont aussi interreliés : deux ergothérapeutes soulignent l'importance du travail de chacun à sa propre échelle.

4 Discussion

Cette dernière partie a pour but d'interpréter les résultats et de les mettre en lien avec la revue de littérature, l'enquête exploratoire ainsi que le cadre théorico-conceptuel. Une critique du dispositif de recherche sera effectuée afin de déterminer ses limites. Etant fait que cette recherche est destinée à enrichir la pratique en ergothérapie, les apports et les limites de cette recherche seront mises en lumière ainsi que sa transférabilité dans l'exercice professionnel. Enfin des perspectives de recherche seront proposées.

4.1 Interprétation des résultats

Les résultats obtenus révèlent tout d'abord une grande diversité de communication et de socialisation. Les trois ergothérapeutes travaillaient auprès d'enfants de tranches d'âge différentes et il semblerait que le critère de l'âge explique ces différences. Le jeu guidé semble être une modalité adaptée d'office auprès de ce public. En effet, les ergothérapeutes ont toutes parlé des structurations et adaptations qu'elles mettaient en place dans leur séance. Finalement, le jeu guidé semble s'imposer à leur exercice plus qu'être un choix professionnel ou thérapeutique. En effet, il semble nécessaire de poser un cadre dans le jeu afin qu'il soit gérable et productif. Le groupe semble être un outil très intéressant pour les enfants d'au moins six ans. Pour les plus jeunes, le manque de communication et de socialisation pourrait expliquer la difficulté voire l'impossibilité de mettre en place des jeux en groupe. En effet, si un enfant n'a pas la capacité de s'intéresser à l'autre, à ses actions, à ses paroles, le jeu en groupe perd beaucoup de son intérêt. Il semble donc essentiel que les enfants aient acquis un minimum en termes de communication et de socialisation pour proposer ce type d'activité.

Les ergothérapeutes se sont prononcées très prudemment sur l'éventuelle évolution des enfants en termes de communication et de socialisation. Cette réserve peut s'expliquer par le fait que les enfants voient plusieurs professionnels ou ont parfois des suivis en parallèle. Il peut être donc difficile d'estimer si les évolutions sont à rattacher aux séances de jeu en groupe ou à l'ensemble de la prise en soin. Cependant, des évolutions positives ont été observées quand les enfants grandissaient. En ce sens, les résultats rejoignent et précisent ceux de l'enquête exploratoire où la majorité des ergothérapeutes observaient des effets positifs liés au jeu (la question du groupe n'avait pas été soulevée lors de l'enquête exploratoire). De plus, dans l'enquête exploratoire, une majorité d'ergothérapeutes estimait que les acquis se généralisaient à l'extérieur entre autres auprès des pairs mais aussi auprès des parents. L'étude a montré quant à elle que certaines évolutions positives étaient observables entre pairs du groupe. Cependant,

concernant l'extérieur de manière globale incluant les parents et l'école, les ergothérapeutes semblaient moins convaincues. Une des ergothérapeutes entre autres a déploré le manque d'implication des parents qui n'appliquaient pas les notions vues en groupe. Il est important de préciser que les ergothérapeutes interrogées en entretien n'intervenaient pas au domicile des enfants et extrêmement rarement à l'école (sauf l'ergothérapeute travaillant en UEM). Les observations qu'elles ont pu émettre sur la généralisation des acquis sont donc à prendre avec précaution.

Concernant la revue de littérature, les études montraient généralement un impact positif du jeu. Là encore, les ergothérapeutes ont remarqué des évolutions mais se prononcent prudemment quant à l'origine des évolutions. De plus, elles ne font pas un lien direct entre les jeux en groupe et les améliorations observées en termes de communication et de socialisation. Il faut préciser que les études contenues dans la revue de littérature s'intéressaient au jeu indépendamment de sa mise en œuvre (individuel ou en groupe, avec des professionnels ou au sein de la famille).

Le cadre théorico-conceptuel avait permis d'apporter des éléments sur le groupe et le jeu. En reprenant les descriptions faites des ergothérapeutes sur leurs séances, il serait possible de proposer des hypothèses en lien avec les théories et les concepts.

Ainsi, dans le concept de jeu développé par Francine Ferland, certaines notions sur les jeux possibles en fonction de l'âge de l'enfant sont ressorties à travers les entretiens de la recherche (30). Elle expliquait entre autres que le jeu coopératif partagé n'était pas possible avant 4-5 ans (30). Cela rejoint les observations des ergothérapeutes qui estimaient que les jeux en groupe pour les tout petits (moins de 5-6 ans) étaient presque impossibles. Ce léger décalage peut s'expliquer par le retard de développement des habiletés sociales et de la communication pour les enfants porteurs d'un TSA.

De même, les ergothérapeutes ont parlé à plusieurs reprises qu'elles structuraient les jeux, qu'elles répétaient souvent les mêmes règles, qu'elles usaient de récompenses, finalement qu'elles avaient un rôle actif (cf annexe 7, 8, 9). Certains changements ont été observés sur la communication et la socialisation (cf annexe 7, 8, 9). Au vu du rôle des ergothérapeutes, il se pourrait que les changements observés s'inscrivent dans la dynamique des groupes de Kurt Lewin et du principe de changement social. En effet, cette théorie met en valeur qu'il faut une modification importante des forces pour modifier l'équilibre et entrainer un changement de comportement (25-26). Cela pourrait être mis en relation avec les comportements de frustration

observés par certaines ergothérapeutes. Ils pourraient peut-être témoigner justement d'une hausse des tensions internes chez les enfants par l'imposition de règles. Cela permettrait par la suite de modifier leurs comportements en trouvant un nouvel équilibre abaissant ainsi leurs tensions internes. Cependant, la recherche a aussi montré qu'il ne fallait pas trop générer de frustration car sinon l'apprentissage n'était plus possible pour l'enfant (cf annexe 9). De plus, le fait qu'un enfant soit plus en avance sur les acquis en communication et en socialisation pouvait être bénéfique pour le groupe en l'aidant justement à acquérir ces compétences-là. Ce phénomène pourrait être mis en relation avec le conformisme social. Le comportement valorisé par la majorité (dans le cas de l'étude, par les ergothérapeutes ou autres professionnels présents) est imité par la minorité. Cependant, dans le cas où les comportements inadaptés représenteraient la majorité, ils pourraient aussi être imités et généralisés par l'ensemble du groupe. Les ergothérapeutes observaient parfois de telles phénomènes où les enfants n'écoutaient plus les consignes (cf annexe 7). Enfin, les récompenses énoncées dans certains entretiens pourraient faire penser à un nouveau concept encore non développé : le conditionnement opérant.

Conditionnement opérant :

Ce concept a été développé par Burrhus Frederic Skinner à la suite de la création du concept du conditionnement classique de Ivan Petrovich Pavlov. La particularité de la version de Skinner est de rechercher les conséquences d'un comportement, plus que son origine. Il définit quatre types de conséquences :

- Renforcement négatif : action mettant fin à une situation désagréable,
- Renforcement positif (appelé parfois récompense) : action entrainant une situation agréable,
- Punition positive : action entrainant une situation désagréable,
- Punition négative : action mettant à une situation agréable (33).

Les renforcements ont pour objectif de favoriser un comportement alors que les punitions ont pour objectif de diminuer ou arrêter un comportement (33).

Pour revenir à la recherche, les récompenses apportées par les ergothérapeutes ont bien pour objectif de favoriser certains comportements. Cependant, le système de récompense ne s'inscrit pas en premier lieu en groupe. Il est plutôt d'ordre individuel, même s'il peut se pratiquer au sein d'un groupe.

4.2 Eléments de réponse à la question de recherche

La question de recherche était centrée sur le regard des ergothérapeutes sur la socialisation et la communication dans le cadre d'un jeu guidé en groupe entre pairs porteurs d'un TSA. Cette recherche a permis de mettre en valeur plusieurs points.

Premièrement, la socialisation et la communication varient beaucoup en fonction de l'âge ; plus les enfants sont grands, plus ils ont acquis de compétences. Ce niveau de compétence en communication et en socialisation va influencer les jeux proposés. Pour les enfants très jeunes, il s'agit de jeux très simples souvent en duel avec l'adulte. Quand l'enfant est plus grand, à partir de six ans environ, il est possible de proposer des jeux plus élaborés avec des règles plus complexes. De la même façon, la modalité de groupe est plus ou moins appropriée en fonction de l'âge des enfants. Il semble nécessaire que les enfants aient acquis les bases de socialisation et de communication pour pouvoir proposer des jeux guidés en groupes.

Pour les enfants de plus de six ans, le jeu en groupe semble être une modalité privilégiée pour travailler sur la socialisation et la communication. Les enfants peuvent communiquer et socialiser même si leurs habiletés restent inférieures par rapport à des enfants neurotypiques. En ce sens, les jeux en groupe semblent être bénéfiques pour soutenir ces apprentissages. Cependant, il faut que ces groupes restent de petites tailles pour maintenir un cadre et limiter les comportements inadaptés. Certaines évolutions sont visibles en termes de socialisation et de communication mais il est difficile d'établir les facteurs responsables de ces changements.

Enfin, la généralisation des acquis reste un objectif majeur mais cela n'est pas facilement observable. Les enfants semblent peu généraliser à l'extérieur. Le rôle des parents est ressorti comme étant essentiel.

4.3 Critique du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche comporte un certain nombre de limites concernant la population d'étude, l'outil de recueil de données et l'analyse des résultats. Premièrement, l'échantillon se compose seulement de trois ergothérapeutes. Ce nombre est insuffisant pour généraliser les résultats de l'étude. De plus, les trois ergothérapeutes travaillaient avec des enfants de tranches d'âge différentes. Cette diversité est certes enrichissante mais limite aussi la précision et l'expertise de la recherche. En effet, un seul entretien traitait d'une « sous population » en particulier. La comparaison des entretiens a été forcément impactée. De plus, le poids des résultats en est également affaibli du fait que les observations reposent sur une

ergothérapeute par tranche d'âge. Au vu des différences importantes entre un enfant de trois ans et un enfant de huit ans, il aurait été pertinent de préciser les critères d'inclusion concernant l'âge des enfants afin d'obtenir plus de regards différents sur une tranche d'âge. Autrement, en gardant un intervalle d'âge large, il aurait été plus intéressant de faire alors plusieurs interviews concernant la même tranche d'âge. De plus, toutes les personnes interviewées étaient des femmes. Cela a pu induire un biais de sélectivité. Etant fait que la répartition entre les hommes et les femmes en ergothérapie n'est pas équilibrée, il est plus difficile d'obtenir des réponses masculines. Pour cela, il aurait été nécessaire d'étendre davantage la recherche afin d'obtenir plus de participants potentiels.

Concernant l'outil de recueil de données, il a été choisi de réaliser des entretiens semi-directifs et par téléphone. Ce second critère a été décidé en lien avec la situation sanitaire au moment de la recherche. Ma maitrise débutante et incomplète de cet outil a pu avoir un impact sur la récolte des données. Le fait que les entretiens se déroulent par téléphone a également empêché d'analyser les informations non verbales (posture corporelle, gestuelle des mains, mimique faciale…). De même, le contexte environnemental peut avoir une influence : les ergothérapeutes étaient à leur domicile pour la plupart en raison du contexte sanitaire. Cela signifie qu'elles pouvaient être au contact d'un certain nombre de distracteurs.

Enfin, concernant l'analyse des données, elle a été réalisée par une seule personne. Il aurait été plus rigoureux qu'elle puisse être réalisée par plusieurs personnes afin de gagner en objectivité. En effet, la construction des thèmes ainsi que le codage des entretiens sont imprégnés partiellement des représentations individuelles. Le fait de multiplier les chercheurs traitant les données permettrait de limiter le biais de subjectivité. De plus, le traitement des données a été réalisé sans l'aide d'un logiciel spécifique ce qui a pu diminuer sa rigueur et sa précision.

4.4 Apports, intérêt et limites pour la pratique professionnelle

Tout d'abord, l'enquête exploratoire a mis en évidence que le jeu était un moyen intéressant pour travailler la communication et la socialisation des enfants porteurs d'un TSA. La recherche s'est ensuite axée sur les jeux en groupe. Elle a montré que pour les enfants âgés jusqu'à 4-5 ans, les jeux doivent être très simples et de préférence en duel avec l'adulte. Cela permet d'offrir un cadre bien défini, nécessaire à la compréhension de l'enfant. Les entretiens ont permis de montrer que le groupe est une modalité très intéressante pour travailler la socialisation et la communication. Cependant, pour proposer des jeux entre pairs, il parait

nécessaire que les enfants aient acquis les bases de communication et de socialisation. En général, c'est environ à 6 ans que les enfants semblent capables de partager un jeu selon une ergothérapeute (cf annexe 9). A partir de cet âge, les jeux en groupe semblent bénéfiques. Ils apportent de la motivation et du plaisir aux enfants et semblent soutenir les apprentissages en termes de communication et de socialisation. De plus, il semble important de structurer les jeux afin de faciliter la compréhension des enfants et cela peu importe l'âge. Les jeux guidés semblent donc bien appropriés à ce public. En raison du faible échantillon, ces résultats ne sont pas généralisables. Ils peuvent cependant donner un ordre d'idée sur les apports et les limites des jeux en groupe pour travailler les notions de communication et de socialisation auprès d'enfants porteurs d'un TSA.

4.5 Transférabilité dans la pratique professionnelle

Les différents regards des ergothérapeutes recueillis sur la socialisation et la communication dans le cadre de jeux guidés en groupe peuvent donner des pistes aux ergothérapeutes souhaitant mettre en place un tel dispositif. En effet, les ergothérapeutes ont pu définir certains critères pour lesquels les jeux en groupe étaient plus ou moins adaptés. Ces retours provenant du terrain peuvent permettre de réfléchir aux modalités de prise en soin de l'autisme en ergothérapie. Deux ergothérapeutes ont d'ailleurs expliqué que leur rôle professionnel en tant qu'ergothérapeute était parfois associé uniquement à la prise en soin des troubles moteurs souvent corrélés à l'autisme (annexe 7, 8). Néanmoins, elles estiment qu'elles peuvent avoir leur place dans ces acquisitions. Il ne s'agit en aucun cas ici de vouloir remplacer l'expertise de certains professionnels de la communication et de la socialisation tels que les orthophonistes, les psychologues ou les éducateurs spécialisés. En effet, leurs connaissances pointues sur ces champs sont essentielles et irremplaçables. Cependant, il pourrait être intéressant d'ouvrir le champ de compétences de l'ergothérapeute dans ce type de prise en soin. L'ergothérapeute n'est-t-il pas le professionnel des occupations ? Or, il me semble que la communication et la socialisation sont bien des occupations de la vie quotidienne et pas des moindres. Il serait donc intéressant que cette recherche puisse valoriser le rôle des ergothérapeutes dans ces champs de compétences jusque-là peu sollicités. De plus, le fait que différents professionnels travaillent sur ces notions pourraient favoriser la généralisation des acquis. Il n'empêche que le rôle de l'ergothérapeute lié au développement des habiletés motrices auprès de ces enfants reste essentiel. Il s'agirait seulement de proposer peut-être davantage de séances autour de ces compétences, probablement tout aussi importantes au quotidien que les habiletés motrices.

4.6 Perspectives de recherche

Il serait intéressant de réaliser plus d'entretiens ainsi que de cibler la recherche sur les enfants de plus de six ans. En effet, l'étude a montré que les jeux en groupe semblaient plus adaptés auprès de ce public. Il serait même intéressant de cibler encore plus la recherche sur des tranches d'âge précises étant fait que la socialisation et la communication varient de manière significative en fonction de l'âge. De plus, afin d'avoir un aperçu de l'impact des jeux en groupe sur la généralisation des acquis, il pourrait être envisager d'interroger également les parents pour récolter des informations sur la communication et la socialisation à la maison et dans les lieux extérieurs que fréquentent l'enfant.

Bibliographie

1. HAS. RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE. 2012.

2. Inserm. Autisme [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2019 [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme

3. HAS. RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE Trouble du spectre de l'autisme Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent Méthode Recommandations pour la pratique clinique ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE. 2018;257.

4. Ferland F. Le jeu en ergothérapie: Réflexion préalable à l'élaboration d'un nouveau modèle de pratique. Can J Occup Ther. 1 juin 1992;59(2):95-101.

5. Définition [Internet]. 2019 [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: https://www.anfe.fr/definition

6. Kirch W, éditeur. CommunicationCommunication. In: Encyclopedia of Public Health [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2008 [cité 26 févr 2019]. p. 136-136. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_468

7. Kirch W, éditeur. SocializationSocialization. In: Encyclopedia of Public Health [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2008 [cité 26 févr 2019]. p. 1314-5. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_3244

8. Özerk K. The Issue of Prevalence of Autism/ASD. Int Electron J Elem Educ. 1 déc 2016;9(2):263-306.

9. Stratégie nationale 2018-2022 pour l'autisme : garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. 2019 [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/cid128985/strategie-nationale-2018-2022-pour-l-autisme-garantir-la-scolarisation-effective-des-enfants-et-des-jeunes.html

10. Prado C. Le coût économique et social de l'autisme | Travaux Publiés | Travaux du CESE [Internet]. 2012 [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/travaux-publies/le-cout-economique-et-social-de-lautisme

11. HAS. RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE Trouble du spectre de l'autisme Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent Méthode Recommandations pour la pratique clinique TEXTE DES RECOMMANDATIONS. 2018;45.

12. Solomon R, Van Egeren LA, Mahoney G, Quon Huber MS, Zimmerman P. PLAY Project Home Consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. J Dev Behav Pediatr JDBP. oct 2014;35(8):475-85.

13. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. Pediatrics. janv 2010;125(1):e17-23.

14. Schröder CM, Florence E, Dubrovskaya A, Lambs B, Stritmatter P, Vecchionacci V, et al. Le modèle de Denver (Early Start Denver Model). Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 août 2015;63(5):279-87.

15. Tilmont Pittala E, Saint-Georges-Chaumet Y, Favrot C, Tanet A, Cohen D, Saint-Georges C. Clinical outcomes of interactive, intensive and individual (3i) play therapy for children with ASD: a two-year follow-up study. BMC Pediatr. 12 2018;18(1):165.

16. Poinso F, Dubois B, Chatel C, Viellard M, Bastard-Rosset D, Girardot A-M, et al. Évaluation prospective d'enfants atteints d'un trouble envahissant du développement après deux ans de prise en charge en hôpital de jour. Arch Pédiatrie. 1 janv 2013;20(1):17-25.

17. Eapen V, Crnčec R, Walter A. Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder in a community group setting. BMC Pediatr. 7 janv 2013;13(1):3.

18. Corbett BA, Key AP, Qualls L, Fecteau S, Newsom C, Coke C, et al. Improvement in Social Competence Using a Randomized Trial of a Theatre Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. févr 2016;46(2):658-72.

19. Henning B, Cordier R, Wilkes-Gillan S, Falkmer T. A pilot play-based intervention to improve the social play interactions of children with autism spectrum disorder and their typically developing playmates. Aust Occup Ther J. août 2016;63(4):223-32.

20. Vaisvaser S. Moving Along and Beyond the Spectrum: Creative Group Therapy for Children With Autism. Front Psychol. 2019;10:417.

21. Liao S-T, Hwang Y-S, Chen Y-J, Lee P, Chen S-J, Lin L-Y. Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. Phys Occup Ther Pediatr. nov 2014;34(4):356-67.

22. Parsons L, Cordier R, Munro N, Joosten A. The feasibility and appropriateness of a peer-to-peer, play-based intervention for improving pragmatic language in children with autism spectrum disorder. Int J Speech Lang Pathol. 2 sept 2018;1-13.

23. Siller M, Hutman T, Sigman M. A parent-mediated intervention to increase responsive parental behaviors and child communication in children with ASD: a randomized clinical trial. J Autism Dev Disord. mars 2013;43(3):540-55.

24. Lipiansky EM. Identité et communication: l'expérience groupale. Paris: Presses universitaires de France; 1992. (Psychologie sociale).

25. Anzieu D, Martin J-Y. La dynamique des groupes restreints. 12e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2000. (Le psychologue).

26. Lewin K, Faucheux C, Faucheux M, Lemaine J-M. Psychologie dynamique: les relations humaines. 2e édition. Paris: Presses universitaires de France; 1964. (Bibliothèque scientifique internationale. Section psychologie).

27. Kurt Lewin : un auteur de référence en conduite du changement [Internet]. https://www.e-marketing.fr/. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Kurt-Lewin-auteur-reference-conduite-changement-325598.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button

28. Pagoni-Andréani M. Chapitre premier. L'approche du conformisme social. In: Le développement socio-moral : Des théories à l'éducation civique [Internet]. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2019 [cité 17 janv 2020]. p. 15-20. (Savoirs Mieux). Disponible sur: http://books.openedition.org/septentrion/51192

29. Faucheux C, Moscovici S. Influence interpersonnelle. Les effets de la pression de groupe sur la modification et la distorsion des jugements. In: Psychologie sociale théorique et expérimentale Recueil de textes choisis et présentés. Mouton. Paris-La Haye; 1971. p. 394. (Les textes sociologiques).

30. Ferland F. Et si on jouait ? le jeu durant l'enfance et pour toute la vie. Nouvelle éd. revue et augmentée. Montréal (Québec) [Ruffec]: Éd. de l'Hôpital Sainte-Justine-Centre hospitalier universitaire mère-enfant [diff. Ambre communication]; 2005. (Pour les parents).

31. Eymard-Simonian C, Thuilier O, Vial M, Eymard-Simonian C. Le travail de fin d'études: s'initier à la recherche en soins infirmiers UE 3.4 et UE 5.6. 3e édition. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2018. (Étudiants IFSI).

32. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In Montréal: AIMS; 2007. p. 1-16.

33. R. Murray T, Michel C. Chapitre 14. Le conditionnement opérant de Skinner. In : R. Murray T, Michel C. Théories du développement de l'enfant. Études comparatives. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 1994 : 415-446.

Annexes

Annexe 1 : Tableau des bases de données

Total à partir des mots clefs	Bases de données	Sélection selon le texte intégral	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre
37987	PubMed (1)	119	19	1
	PubMed (2)	63	24	2
	PubMed (3)	587	11	2
	PubMed (4)	234	4	1
	Summon (1)	73	1	0
	Summon (2)	439	11	0
	Summon (3)	4247	9	0
	Summon (4)	32174	236	0
	BDSP	18	?	0
	OTDBase	33	33	1

Equations PubMed :

1) autism AND occupational therap* AND communication
2) autism AND play AND occupational therap*
3) autism AND play therapy
4) autism AND play therapy AND communication

Equations Summon :

1) ergothérap* ET autisme ET communication
2) autisme ET jeu ET communication
3) autism AND play therapy AND occupational therapy AND communication

4) autism AND play based AND communication

Equation BDSP :

1. autisme ET jeu ET communication

Equation OTDBase :

1) autism AND Play therapy

Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Sources	**Thème/objet traité**	**Méthode utilisée**	**Population**	**Approche théorique privilégiée**	**Champ(s) disciplinaire(s) d'étude**	**Principaux résultats**	**Question, dimension qui n'est pas abordée**	**Niveau de scientificité**
1. J Dev Behav Pediatr., 2014	Projet de consultations à domicile PLAY Programme d'intervention pour des jeunes enfants porteurs de TSA	Essais contrôlés randomisés sur un an. Deux groupes : groupe témoin thérapie standard aide sociale (ergothérapie, orthophonie …) + groupe thérapie	128 enfants avec un TSA âgés entre 2 ans 8 mois et 5 ans 11 mois recrutés dans 4 états américains	Approche développementale	Psychosociale, Médical	Grâce à Play : Amélioration des comportements interactifs parent/enfant, du développement fonctionnel, de la symptomatologie de l'autisme, amélioration attention et initiation, amélioration modérée des comportements socio-émotionnels	Qu'en est-il des comportements interactifs en général pas uniquement avec les parents ?	+++

		PLAY et aide sociale standard						
2. BMC Pediatrics, 2018	Méthode 3i auprès de jeunes enfants avec un TSA	Etude longitudinale de suivi de deux ans	20 enfants avec un TSA âgés de 63.8 ± 37.8 mois	Approche développementale	Psychosociale, Médical	Amélioration de l'âge développemental de socialisation et de communication, du langage Augmentation globale des habiletés comportementales et développementales Diminution de la sévérité de l'autisme	Au regard des résultats positifs, pourquoi cette méthode n'est pas recommandée par l'HAS ? Les effets perdurent-ils ?	+/-
3. Archives de pédiatrie, 2013	Evaluation prospective d'enfants porteurs d'un trouble envahissant du développement et/ou d'autisme après deux ans de prise en charge	Étude prospective de 2 ans	11 enfants porteurs d'un TED dont 9 répondent au diagnostic d'autisme âgés de 3 à 5	Approche développementale, éducative, psychothérapie	Psychosociale, Médical	Diminution de la sévérité des symptômes de l'autismes, amélioration du niveau d'âge d'adaptation sociale, diminution en communication et	D'où vient la diminution de la communication et de la socialisation alors qu'il y a une amélioration	+/-

	en hôpital de jour (TEACCH, Floor Time Play)		ans à l'admission			socialisation pour les enfants autistes	de l'adaptation sociale ?	
4. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2015	Modèle de Denver (ESDM) appliqué au système de santé français	Etude longitudinale de suivi sur au moins 12 mois	16 enfants porteurs d'un TSA ou à risque de TSA âgés de 20,9 mois (± 5,9 mois)	Approche développementale	Psychosociale, Médical	Amélioration dans des domaines décrits comme des fonctions pivots de l'autisme (Attention conjointe, le langage expressif et compréhensif, la relation affective, l'expression émotionnelle, les capacités de régulation du comportement), légère amélioration de la sévérité de l'autisme, évolution de la communication hétérogène	Est-ce que l'ergothérapie aurait un intérêt dans la mise en place de la méthode ?	+/-

5. Pediatrics, 2010	Efficacité de la méthode Denver	Essais contrôlés randomisés sur 2 ans. Deux groupes : un groupe ESDM et un autre de référence qui suit une thérapie standard	48 enfants avec un TSA âgés de 18 à 30 mois	Approche développementale	Psychosociale, Médical	Amélioration du QI, comportement adaptatif et de la sévérité de l'autisme	Les effets perdurent-ils après deux ans ? Faut-il continuer d'appliquer la méthode pour maintenir les résultats ?	+/-
6. J Autism Dev Disord., 2016	Apport d'un atelier théâtre entre pairs (porteurs ou non de TSA) auprès d'enfants avec un TSA	Essai clinique pilote, randomisé	30 enfants diagnostiqués TSA de haut niveau (syndrome d'Asperger) âgés entre 8 et 14 ans	Approche neurodéveloppementale	Psychosociale, médicale,	Immédiatement après la fin de l'intervention : Amélioration habiletés sociales, communication, meilleure implication dans le jeu avec leurs pairs, amélioration mémoire immédiate et différée des visages,	Les effets perdurent-ils après deux mois ?	+/-

			groupe contrôle (N=13) groupe expérimental (N=17)			amélioration théorie de l'esprit A 2 mois post intervention, maintien des progrès en communication		
7. J Autism Dev Disord. 2013	Impact de la méthode FPI (Focused Playtime Intervention) sur la communication des enfants avec un TSA et la réactivité des comportements parentaux FPI : premier temps interaction puis temps de jeu parent/enfant, thérapie par le jeu, programme d'éducation parentale,	Essais cliniques randomisés	70 enfants avec un TSA et d'un âge moyen de 58.3 mois	Approche développementale et éducative	Psychosociale, Médical	Amélioration du langage expressif des enfants à 12 mois de suivi, de la réactivité des comportements parentaux	Est-ce-que les ergothérapeutes ne pourraient pas avoir leur place dans le coaching des parents ?	+/-

	PAC (Parent Advocacy Coaching)							
8. BMC Pediatrics, 2013	Impact de l'ESDM auprès d'enfant d'âge pré-scolaire	Etude clinique	26 enfants d'un âge moyen de 49.6 mois atteint de TSA	Approche développementale	Psychosociale, Médical	Amélioration significative du quotient de développement (réception visuelle, langage réceptif et langage expressif). Améliorations significatives de la communication réceptive Diminution des caractéristiques spécifiques de l'autisme		+/-
9. Phys Occup Ther Pediatr., 2014	Impact thérapie Home-based DIR/Floortime Thérapie DIR/Floortime	Etude pilote	11 enfants avec TSA âgés entre 45 et 69 mois	Approche développementale	Psychosociale, médical, ergothérapie	Changement notable en termes de fonctionnement émotionnel, de communication et dans les compétences de la vie quotidienne	Est-ce-que les effets perdurent dans le temps ou faut-il continuer la thérapie pour les maintenir ?	+/-

	Séances réalisées à la maison avec les mères des enfants pendant 10 semaines (coaching préalable des mères à la méthode par des ergothérapeutes)							
10. Int J Speech Lang Pathol. 2018	La faisabilité et la pertinence d'une intervention entre pairs basé sur le jeu pour améliorer le langage pragmatique chez des enfants porteurs de TSA	Etude (enfant avec TSA vs enfant neurotypique)	10 enfants avec TSA	Approche neurodéveloppementale	Psychosociale, médical	Gain en langage pragmatique et en capacité langagière	Est-ce-que cette méthode serait applicable en France où les enfants avec un TSA sont de plus en plus souvent suivis dans des centres spécialisés TSA et donc sans enfants neurotypiques ?	---

11. Front Psychol. 2019	Groupe thérapeutique créatif Activité créative de groupe (musique, dessin, mouvement libre/dance avec stretch band)	Etude de cas cliniques	3 enfants avec TSA âgés entre 4,5 ans et 6 ans. Trois profils cliniques différents	Approche dynamique non directive	Psychosociale	Amélioration interaction sociale, communication, participation au jeu	Est-ce-que nous obtiendrions les mêmes résultats avec un groupe plus grand et plus représentatif ?	---
12. Aust Occup Ther J. 2016	Faisabilité et pertinence d'une intervention basée sur le jeu entre pairs en ergothérapie Impact du jeu sur les interactions sociales lors de jeu	Etude de cas multiples (enfant avec TSA vs enfant neurotypique)	5 enfants avec TSA âgés entre 4 et 11 ans	Approche neurodéveloppementale	Psychosociale, ergothérapie	Effet positif sur les aptitudes au jeu pour 4 enfants sur 5 entre les bilans pré et post interventions. Cependant, les résultats diminuent après deux mois post-intervention pour 4 des enfants	Est-ce-que nous obtiendrions les mêmes résultats avec un groupe plus grand et plus représentatif ?	---

Annexe 3 : Matrices de questionnement de l'enquête exploratoire

Questions initiales commune à toutes :

Thème	Questions	Modalités de réponse	Objectifs
Informations générales sur les participants	Dans quelle(s) structure(s) travaillez-vous ?	Question semi-ouverte : - CAMSP - SESSAD - IME - Cabinet libéral - Autre, précisez	Obtenir une représentation des lieux d'exercice des ergothérapeutes auprès de ce public. Faire des liens entre structure et prise en soin
	La structure dans laquelle vous travaillez accueille-t-elle uniquement des enfants porteurs de TSA ?	Réponse fermée (oui/non)	Prendre connaissance des éventuels biais de population dus à la présence d'une autre population non porteuse de TSA
	Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'enfants porteurs de TSA ?	Question à choix multiples : - Moins d'un an - Entre 13 mois et 5 ans - Plus de 5 ans	Obtenir des renseignements sur le lien entre expérience et méthodes utilisées
	Etes-vous ergothérapeute ?	Réponse fermée (oui/non)	Limiter le biais de sélection

Matrice adressée aux ergothérapeutes **n'utilisant pas le jeu** comme thérapie :

Thème	Questions	Modalités de réponse	Objectifs
	Dans quelle(s) approche(s) vous	Question semi ouverte : - Comportementale	Obtenir une représentation des

Répartition des modèles d'intervention utilisés par les ergothérapeutes	situez vous dans la prise en soin du trouble du spectre de l'autisme ?	- Développementale - Intégrative - Educative - Psychanalytique - Autre, précisez	pratiques et comprendre d'où vient cette répartition
	Quel(s) modèle(s) d'intervention utilisez-vous ?	Questions semi-ouvertes : - ABA - TEACCH - Modèle de Denver/ ESDM - TED (Thérapie Echange et Développement) - PECS - Makaton	
	Pouvez-vous expliquer le choix des méthodes utilisées (choix institutionnel, recommandation de la HAS, formation professionnelle…)	Question ouverte	
	Connaissez-vous les thérapies par le jeu dans le cadre de la prise en soin des TSA ?	Question fermée	
	Pensez-vous que ces thérapies ont leur place dans la prise en soin du TSA ?	Questions à choix	

Matrice adressée aux ergothérapeutes **utilisant le jeu** dans leur prise en soin

Thème	Questions	Modalités de réponse	Objectifs
Impact de la thérapie par le jeu	Observez-vous des améliorations de la communication et/ou de la socialisation grâce au jeu ?	Question à choix multiples : - Oui - Plutôt oui - Plutôt non - Non	Savoir si des effets sur la communication et/ou la socialisation sont observés sur le terrain. Obtenir des précisions sur les effets (durée, généralisation)
	Les progrès en communication et/ou en socialisation sont-ils généralisés à différentes sphères sociales ?	Question semi-ouverte : - Parents - Frères et sœurs - Pairs (école, crèche, centre aéré, activité extra-scolaire…) - Instituteurs, assistante maternelle - Personnes inconnues - Autre, précisez	
	Est-ce-que les effets observés sur la communication et/ou la socialisation perdurent-ils après l'arrêt de la thérapie ? Si oui, pendant combien de temps ?	Question fermée (oui/non) puis question à choix multiples : - Moins de 6 mois - Plus de 6 mois	
	Observez-vous d'autres effets au	Question ouverte	

	cours de la thérapie ?		
Modalités de mise en œuvre des séances de jeu	Pouvez-vous décrire une séance de jeu ? (Matériels utilisés, lieu, durée, personnes présentes, jeux proposés…)	Question ouverte	Etudier le lien entre les modalités de mises en œuvre du jeu et les effets observés sur la communication et la socialisation
	Utilisez-vous d'autres moyens autre que le jeu pour développer la communication et/ou la socialisation ?	Question ouverte	
	Existe-t-il des profils d'enfants qui répondent mieux à ce type de prise en soin ? Si oui, précisez quel(s) profil(s) :	Question fermée (oui/non) puis question ouverte	
Répartition des modèles d'intervention utilisés par les ergothérapeutes	Dans quelle(s) approche(s) vous situez vous dans la prise en soin du trouble du spectre de l'autisme ?	Question semi ouverte : - Comportementale - Développementale - Intégrative - Educative - Psychanalytique - Autre, précisez	Obtenir une représentation des pratiques. Comprendre quelles sont les raisons du choix de ces pratiques.
	Sur quelle(s) méthode(s) se construisent vos séances de jeu ?	Question semi ouverte : - Modèle de Denver/ ESMD - TED (Thérapie Echange et Développement)	

		- Floortime - Son Rise - PLAY - Méthode 3i - Autre, précisez	
	Pouvez-vous expliquer le choix des méthodes utilisées (choix institutionnel, recommandation de la HAS, formation professionnelle…)	Question ouverte	

Annexe 4 : Mail de présentation pour l'envoie du questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Victoria Debard. Je suis étudiante en troisième année à l'Ecole des sciences de la réadaptation, en formation Ergothérapie, à Marseille.

Je me permets de contacter votre structure dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de recherche. La thématique de mon mémoire est : L'impact du jeu en ergothérapie sur la communication et la socialisation auprès d'enfants porteurs d'un Trouble du Spectre De l'autisme (TSA).

Je réalise actuellement une enquête exploratoire. Cette enquête se présente sous la forme d'un questionnaire. Pour cela, j'ai répertorié les structures médico-sociales et les cabinets libéraux accueillant ce public et dans lesquels des ergothérapeutes interviennent. J'aimerais en effet recueillir des données sur leurs pratiques professionnelles auprès d'enfants autistes.

Je vous serais reconnaissante de transmettre ce mail aux ergothérapeutes de votre structure.

Je me permets d'insister sur le fait que ce questionnaire est destiné **uniquement aux ergothérapeutes**. Il est strictement anonyme. La durée nécessaire pour le remplir est estimée à 15 minutes environ.

La date limite pour remplir le questionnaire est fixée au **30 novembre 2019**.

Cliquez sur le lien ci-dessous pour accéder au questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd2__7jRaaWqUGRFw1zc8PMmgCFM0BHlvPO1TiEOu-IJf5wCQ/viewform?usp=sf_link

Je vous remercie par avance de votre participation.

Cordialement,

Victoria Debard

Annexe 5 : Matrice théorico-conceptuelle

Théorie/Concept	**Variable**	**Indicateur**
Dynamique des groupes	Leadership	Autocratique
		Démocratique
		Laisser faire
	Processus de changement social	Décristallisation
		Changement
		Cristallisation
Conformisme social	Illusion et autonomie morale	La société dépasse l'individu
		Les individus suivent les règles sans pouvoir les remettre en question
	Conformisme de la majorité	Influence de la majorité sur les comportements humains
		Poids des représentations sociales
Jeu	Modalité de jeu	Jeu guidé/Jeu libre
		Jeu solidaire/Jeu en groupe
	Niveau de développement du jeu	Jeu solitaire
		Jeu parallèle
		Jeu associatif
		Jeu coopératif

Annexe 6 : Matrice d'entretien

<table>
<tr><td>Thématique principale</td><td colspan="2">Regard des ergothérapeutes sur la socialisation et la communication d'enfants porteurs d'un TSA dans le cadre d'un jeu guidé en groupe.</td></tr>
<tr><td>Question inaugurale</td><td>Sous-thématiques</td><td>Question de relance</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Est-ce que vous pouvez me parler de la communication et de la socialisation des enfants lors de jeux guidés en groupe ?</td><td>Communication</td><td>- Qu'observez-vous de la communication ?</td></tr>
<tr><td>Socialisation</td><td>- Qu'observez-vous de la socialisation ?</td></tr>
</table>

Annexe 10 : Grille d'analyse thématique

Thématiques	Extraits issus des entretiens E1 : rouge ; E2 : vert ; E3 : bleu
Communication	« Donc les règles de communication c'est : on s'écoute quand quelqu'un parle, on écoute l'autre, et on se regarde dans les yeux. Ce n'est pas toujours évident pour les petits, c'est super compliqué. », « : Écoute, ça se passe super bien. Ils communiquent plutôt bien entre eux. Ils communiquent plutôt bien, ils s'entendent vraiment super bien. […] Tu vois, pour eux ils ne le voient pas comme un travail mais plus comme... », « Sinon, oui ils communiquent. Mais, pas comme tu pourrais l'espérer dans la vie de tous les jours, quoi, ils ne se regardent pas. […] ils se taquinent un peu. Ils sont un petit peu moqueurs les uns envers les autres, tu vois quand tu dis des trucs. », « Je pense qu'ils comprennent bien, après, ça dépend de leur concentration. […] Parfois du coup, je fais exprès de les retester après, de leur redemander : ça veut dire quoi, ça ? Et je vois s'ils ont compris ou pas », « Je pense que c'est plus, tu vois, des troubles attentionnels qui font qu'ils ne comprennent pas. Qu'en gros, ils n'ont pas entendu donc du coup ils n'ont pas compris. Mais je pense que dans l'ensemble, les trois autres comprennent bien. », « Après, parfois, quand je leur pose des questions, ça va, mais c'est plus eux qui se mettent à parler parfois d'autres choses qui n'ont rien à voir, quoi. », « , je ne peux pas dire que je vois vraiment de changements parlants », « Mais c'est vrai que c'est vraiment très subtil, si je vois des améliorations, c'est subtil. », « , ils communiquent spontanément, il n'y a pas de souci. […] Ils savent assez bien le faire ! », « Mais là c'est vrai que c'est un peu tôt pour te dire vraiment » « Donc ça c'est pour les un peu plus grands, ils ont quand même une certaine compréhension, ils ont déjà certaines compétences […] Ils ont quand même des troubles de la compréhension », « Entre eux il y a des choses chouettes. Par exemple, le groupe des tout-petits, ils peuvent se chercher parfois du regard tous les deux, c'est de la communication non-

	verbale. Il y a quand même des interactions qui se passent mais on est plutôt sur du non-verbal. Les plus grands, ils sont quand même dans le langage verbal alors ce n'est pas toujours très adapté dans la communication justement, mais voilà ils peuvent s'adresser les uns aux autres […] on va beaucoup structurer, beaucoup de visuels, on répète aussi beaucoup les mêmes choses pour être sûr qu'ils aient bien compris. […] on est plutôt à stimuler les pré requis à la communication, justement tout ce qui est tour de rôle, imitation. », « Alors ce n'est pas toujours de manière adaptée. Oui il y a des bonnes interactions, c'est chouette et ils adorent », « Alors justement c'est toujours difficile à quantifier et dire que c'est grâce au groupe, je n'ai pas cette prétention mais je pense que oui il y a des choses qui émergent. Aussi on voit des évolutions quoi donc c'est chouette », « Eh bien, dans le groupe qu'on a par exemple, il y en a un qui ne comprend pas trop ce qu'on dit et il peut dire plein de gros mots. Alors il ne sait pas vraiment ce que ça veut dire dans le fond, mais il a bien compris que ça faisait bien réagir. Du coup, dès qu'il est un peu frustré ça part comme ça. », « Je trouve que c'est là leur principale difficulté. », « Ça peut être valorisant pour ceux qui ont un meilleur niveau d'apporter des choses. On pense que ça peut être intéressant pour que chacun puisse y prendre quelque chose. », « Il y en a qui ont plus de compétences que d'autres et même parfois ça crée un certain équilibre aussi. », , « Ce sont des enfants qui ont un niveau langage… qui ont des difficultés. », « pour les petits, souvent je mets comme objectif, je développe les compétences de base à la communication, donc imitation, tour de rôle. », « C'est ce qui est le plus important à travailler chez eux » « Il y a beaucoup d'enfants, quand ils rentrent dans l'UEM, ils sont non verbaux. C'est-à-dire qu'il faut déjà trouver avec eux un mode de communication. Le mode de communication qui est préconisé par la Haute Autorité de Santé c'est le PECS. […] Donc il faut déjà que l'enfant comprenne comment ça fonctionne. Sacré défi ! Voilà ensuite il faut

	aussi pouvoir entrer en communication avec l'enfant. Donc si tu veux en maternelle enfin en école maternelle, la collaboration entre les enfants entre eux et bien ce n'est pas ça », « il y en a parce qu'il y a des débuts d'interactions », « la collaboration entre les tout-petits entre eux c'est compliqué. Il faut vraiment que le niveau de l'enfant soit assez bon pour faire ça. », «la communication par échange d'images, c'est déjà essayer d'avoir un regard et rien qu'un regard. Et puis après, on travaille beaucoup ça, la collaboration à travers l'alimentation c'est ce qui parle le plus entre guillemets aux enfants.[…], il faut que tu me montres l'image, que tu me donnes l'image du chipster, le picto du chipster, si tu veux un chipster. Il faut que tu me regardes en même temps quand tu le donnes. [...] les enfants finissent vraiment par bien communiquer avec le PECS. », « on les amène vraiment à communiquer. On va déjà leur apprendre à utiliser le PECS », « en général il faut toujours initier, toujours initier. », « Il faudra toujours adapter et la collaboration… C'est toi qui va collaborer avec les autres enfants. Tu vois, ça va vraiment être une guidance, une guidance physique aussi pas qu'une guidance verbale. », « Donc tu vois c'est pour ça la collaboration avec un tout petit autiste qui est vraiment dans son délire à lui, il ne fera rien pour t'aider car il ne sait pas qu'il a besoin de t'aider. Un enfant autiste ne sait pas qu'il a besoin de t'aider à comprendre parce que pour lui tu dois comprendre forcément, il n'a pas de théorie de l'esprit. Donc tu dois comprendre ce qu'il veut te dire, c'est tout. », « Donc là ils n'ont pas beaucoup de rapports avec les autres. Ils font leur truc et puis voilà. Ils sont invités pour les anniversaires dans la classe tu sais et tu ne vois pas beaucoup de… comment dire pas de communication et puis de rapports tu vois. C'est plutôt, je suis dans la cour, je te prends ta trottinette. », « Donc voilà la collaboration avec les tout petits, c'est surtout avec l'adulte, mais c'est d'abord avec l'adulte. On essaie de l'obtenir avec l'adulte pour pouvoir l'amener à lui, lui montrer qu'il y a d'autres enfants qui existent »

Socialisation	« Arriver à formuler une demande. Une demande d'aide. Arriver à inviter quelqu'un. », « Ils sont vraiment super contents de se retrouver, c'est vraiment un plaisir. Mais, par contre, quand je leur fais faire les jeux de rôle, j'insiste vraiment, tu vois, sur les notions qu'on voit, parce qu'ils […] n'arrivent pas à s'écouter, […] ils ne se regardent pas. Pour l'instant, c'est pas du tout inné tout ça, c'est pas du tout acquis. Donc, voilà. J'insiste vraiment là-dessus, je suis super contente, tu vois, qu'ils soient motivés pour venir. », « ils n'ont pas beaucoup de copains, et c'est vrai que du coup, tu as tout le paradoxe, ça se passe bien en séance, mais à côté, tu vois, ils sont quand même un peu chafouins entre eux, taquins. », « parfois je suis un peu démunie aussi. J'y vais un peu à tâtons, j'essaye et puis je vois un peu comment ça se passe », « Ils ne comprennent pas en fait [la réciprocité sociale]. […] je me rends vraiment compte, déjà ils ont du mal à identifier leurs émotions, étant donné qu'ils n'arrivent pas à identifier les leurs, tout ce qui est réciprocité sociale, tu vois, c'est hyper compliqué en fait, ils ne comprennent pas. Et du coup, ça les met dans des situations qui sont délicates parfois, parce que tu as certains enfants qui ne comprennent pas pourquoi l'enfant […] autiste réagit comme ça […] c'est délicat, […] j'ai fait un bilan aussi avec des images, où ils devaient classer en vert, c'est ce qu'ils arrivaient bien à faire, donc « je sais faire », orange « pas très bien », et rouge « pas du tout ». Et tu vois, pour la plupart de mes loulous, ils arrivent quand même bien à identifier qu'eux, exprimer leurs émotions c'est hyper compliqué et reconnaître les émotions chez les autres, c'est super compliqué aussi. », « Vraiment, je ne les lâche pas là-dessus. Donc tout ce qui est politesse, ça va. Mais bon, du coup, on a revu, on a revu tout ça. Tu vois, quand j'ai travaillé sur ce qui était formulation de demande, alors, dans le groupe, en séance, ça se passe bien. L'autre fois la maman m'a quand même dit : la demande de mon enfant c'était : « des biscottes ». Tu vois, il ne faisait pas de phrase. C'était : s'il te plaît, je voudrais des biscottes, s'il te plaît maman. Et tu ne regardes même pas dans les yeux. […] en séance ça se passe bien, ils

	utilisent bien tout ce qui est notion de politesse, », « j'en ai certains qui sont hyper introvertis. Plus tu leur fous la paix, mieux c'est », « : J'en ai un avec qui c'est compliqué. […] Enfin, il me regarde, je vois qu'il est super mal à l'aise de le faire. Il le fait. Mais, c'est vrai que ce n'est pas évident pour lui. […] Tu vois, je lui demande de me serrer la main, me regarder dans les yeux, c'est une catastrophe […] lui il ne veut pas manger. Il ne veut pas que les autres le regardent. » « On peut travailler la coopération, on peut aussi travailler le langage, le respect à l'autre… […] qu'ils puissent pouvoir jouer ensemble et apprendre des jeux mais du coup plus autour de la motricité globale. […] donc là dans le groupe jeu, on travaille plus l'imitation, le tour de rôle », « après c'est faire attention à l'autre, c'est pouvoir respecter la règle, ce sont des choses comme ça. […] Les plus grands on est déjà sur les débuts de communication sociale, j'accepte de perdre, j'accepte d'attendre mon tour, de ne pas être le premier. », « Dans les deux cas maintenant, les enfants adorent. », « Oui pour moi ce sont des choses qui sont quand même très en lien. Eh bien, oui on travaille aussi le fait d'attendre son tour, de prendre en compte ce que l'autre peut dire, peut faire. Ouais je pense que ce sont aussi des compétences qu'on travaille autour des habiletés sociales. Je trouve que c'est très intriqué, on travaille les deux dans ces séances-là. », « Ils sont plus motivés d'être avec leur pairs qu'avec nous pour bosser. En tout cas, la relation est différente. Un enfant que j'avais depuis 2 ans, je sentais que je n'avançais plus trop […] Je me suis dit, il faut que je le prenne en groupe autrement en individuel je n'avance pas. Ce n'était pas assez motivant pour lui. Le groupe ça va bien… parfois je l'embête aussi avec ça. Finalement parfois, ça les motive à fond parce qu'ils en ont envie. Ils ne savent pas toujours faire, bien faire, mais ils ont vraiment l'envie. » « Je trouve que c'est là leur principale difficulté. », « tout ce qui est petits scénarii sociaux, si je perds ce n'est pas grave, des choses comme ça, les choses qui sont longues à travailler et qui peuvent être quand même utiles dans un autre

	contexte », « Ce n'est pas toujours simple mais ça peut être des objectifs très simples comme j'accepte d'attendre mon tour à un jeu, j'accepte de perdre sans avoir de réactions de colère», « Et puis il y a certains enfants qui aiment cette relation là avec l'adulte. Mais on est plutôt à favoriser les interactions entre eux alors parfois, on est là plutôt pour faire modèle, pour montrer. », « C'est ce qui est le plus important à travailler chez eux », « Il y a certains enfants aussi qui vont aimer un peu la relation avec l'adulte. Mais il y en a d'autres clairement je voyais bien qu'avec l'adulte, il n'y avait pas beaucoup de motivation. Le fait d'être avec les pairs, il y a d'autres choses qui se passent, ça les motive beaucoup plus. Ils ont envie de ces interactions là avec leur pairs, plus qu'avec l'adulte. », « Tu peux jouer à deux mais c'est vraiment avec une grosse guidance », « En plus, tout est exacerbé évidemment donc ils veulent tous gagner, ils veulent tous être les premiers donc waouh c'est un vrai défi mais c'est rigolo mais c'est un vrai défi. », « tu fais des parcours et encore c'est pareil ils se passent devant, il ne voit pas qu'il y a un copain devant lui. Donc il arrive et il se met juste devant ou alors voilà je ne sais pas, il n'a pas envie donc il va mettre un coup de pied dans la chaise pour le copain qui doit passer en-dessous… Tu vois voilà les jeux collaboratifs avec les petits petits c'est quasiment mission impossible vraiment. », « d'abord tu travailles la coopération avec les adultes », « enfin zéro frustration parce que sinon c'est je te tape, je te mords, je hurle pendant toute la journée. », « tu en as qui parlent, donc on leur explique non je me calmes, je fais ci… En fait, on travaille beaucoup avec des pictos, ils appellent ça des séquentiels c'est-à-dire maintenant je fais ça, je fais mon exercice, après j'ai mon bonbon, après je peux aller en récréation mais d'abord je dois faire mon exercice. Tu vois c'est beaucoup ça et ça marche aussi beaucoup avec les renforçateurs. », « les petites filles elles arrivaient à jouer ensemble mais vraiment et c'étaient des jeux de petites filles genre je joue à la poupée, je joue à la dînette. Là, il y avait du jeu

	collaboratif. », « Mais il y en a quand même qui arrive à mettre de la frustration là-dedans car ils veulent être le premier à mettre le premier ballon, ils veulent être le premier à être sur la chaise. Tout est exacerbé dans l'autisme donc ce qui fait qu'un enfant lambda tu lui dirais « bon c'est bon, tu attends ton tour » et bien là ce n'est pas possible. Attendre son tour, il ne sait pas ce que c'est, parce que c'est à lui de passer et l'autre on s'en fout, il n'existe pas. Il oublie qu'il existe, c'est un obstacle tu vois, ce n'est pas un copain. », « le jeu collaboratif c'est déjà compliqué avec les petits classiques mais avec les autistes c'est quasiment mission impossible. On peut commencer à partir à la fin de la grande section et encore. », « tu as quelques enfants qui sont ouverts sur les autres et qui se posent des questions quand même sur l'autre. », « Mais c'est pour te dire que certains regardent les autres mais c'est d'une façon pas classique on va dire, pas neurotypique. », « Il y a aussi le fait que les enfants, un enfant autiste, il a beaucoup de mal à regarder l'autre. », « En fait, avec les petits tu fais du collaboratif mais dans ce qui est plutôt vie quotidienne et le concret tu vois. Par exemple, tu fais le collaboratif genre tu m'aides à mettre la table pour les copains », « Quand l'enfant est avec toi, il est forcément toujours en réussite donc il a envie de venir avec toi et du coup comme tu es forcément collaboratif toi parce que tu veux que l'enfant avance, donc forcément ça se passe beaucoup mieux évidemment. », « l'échange et la coopération et encore une fois les jeux plus j'y pense plus je me dis, le jeu coopératif en maternelle, […] pour moi ce ne sont pas tellement les jeux qui sont coopératifs mais les activités, les activités de la vie quotidienne. Tu apprends à coopérer mais sur des choses vraiment basiques genre tu comptes les copains le matin, tu mets les étiquettes des absents dans la maison des absents. Coopérer aussi déjà avec les adultes, c'est ça aussi apprendre déjà à coopérer avec l'adulte pour pouvoir coopérer avec ses pairs je pense. », « Mais bon, ça reste des enfants et qui plus est des autistes donc s'ils veulent quelque chose et bien ils iront le prendre dans la main du copain sans aucun problème et tout sera exacerbé c'est-à-dire

	que je te tape, je te mords mais je te le pique quand même. Tous les travers, […] que peut avoir un petit enfant au niveau socialisation donc apprendre à partager, apprendre à vivre avec, chez un autiste tout est exacerbé vraiment donc c'est-à-dire c'est beaucoup plus dur de partager, d'apprendre à tenir sa place, d'apprendre la socialisation, tout est plus compliqué. », « Sinon des enfants, il n'y en a pas beaucoup qui arrivent avoir des copains entre guillemets avec les autres. Déjà en classe mais avec les autres classes de l'école c'est pareil, et en plus il y a eu beaucoup d'agressivité parce que tu as des enfants qui ne savent pas interpeller l'autre qu'en le tapant c'est-à-dire je joue avec toi donc tiens je te tape. […] Mais en fait le souci c'est l'entrée en communication des enfants autistes qui ne savent pas faire donc tu en as qui vont arriver, qui vont coller le gamin, le coller vraiment de façon malsaine même si c'est de la maternelle. […] Voilà donc c'est compliqué, comme toute la communication n'est pas du tout mise en place, les compétences sociales non plus, le jeu collaboratif ou la collaboration non c'est compliqué. », « Il faut vraiment leur apprendre la communication et les règles sociales avant de pouvoir imaginer un jeu collaboratif. », « c'est en duel d'abord avec l'adulte et l'adulte se plie vraiment à ce qui peut être positif pour l'enfant. », « Il faut tout leur apprendre, un sourire, un machin »
Jeux et supports favorisant la communication et la socialisation	« J'ai dû structurer vachement le temps. En fait, j'ai fait un espèce de panneau sur lequel j'ai mon emploi du temps, donc en gros qu'est-ce qu'on fait, tu vois, il y a 1 c'est le temps d'accueil, pendant cinq minutes, en fait, j'ai un timer et il y a à chaque fois un responsable du temps à chaque séance, il y a un responsable du temps. Donc voilà, on fait l'accueil, après on parle de la théorie, en gros, qu'est-ce qu'on va aborder comme thème. Non, les règles pardon : en 2 ce sont les règles : règles de communication et règles de socialisation. Du coup, j'essaye de leur faire travailler tout ce qui était... Leur faire comprendre ce que c'était que la socialisation et la communication. Moi, je passe par des images pour leur faire comprendre tout ça », « Sur mon autre panneau, il y a aussi

	comment ça s'appelle ? Les... Leurs photos, pour les présents, le lieu, tu vois, j'ai refait quelque chose de visuel, qui reprend bien toutes les questions, où ? Avec qui ? Comment ? Quoi ? Voilà, pour les rassurer. Après, donc une fois qu'on a récité les règles, on passe par le jeu. Donc, moi, souvent je passe par le jeu de l'oie, […] On revoit un petit peu les notions qu'on a abordées. Donc, les notions de communication, de socialisation. En gros, mon premier item, enfin, ma première session, il fallait que je leur apprenne à se présenter. », « mais il faut vraiment qu'ils aient acquis déjà ce que tu leur demandes là pour pouvoir passer aux autres choses », « Il faut qu'ils voient aussi le fait que ce n'est pas que du jeu, du plaisir, c'est aussi... On est là pour travailler des compétences et pour pouvoir les appliquer plus tard et ça, tu vois, ça ils ne le comprennent pas totalement. », « je fais un jeu de l'oie pour voir s'ils ont bien compris la fiche. Comme ça, en fait, je les questionne à chaque fois qu'ils jouent, ils lancent le dé, je leur pose une question, par exemple : comment est-ce qu'on fait pour se présenter ? Qu'est-ce qu'on dit... Qu'est-ce qu'on doit faire quand on présente ? Tu vois, ils doivent me donner une information. Et s'ils ont bien répondu, je leur donne un jeton. Après, avec ce jeton, à la fin, s'ils ont gagné beaucoup de jetons, je leur donne une récompense, un bonbon, un truc comme ça à la fin de la séance. À chaque fois que j'aborde une nouvelle fiche, en général, je passe par le jeu de de l'oie, pas forcément par le jeu de rôle tout de suite. Par contre, la semaine d'après, la semaine après avoir donné cette fiche, je refais un petit jeu de l'oie mais vraiment très succinct pour réviser et après on fait des jeux de rôle. », « il faut apporter du ludique à ce que tu leur fais voir, parce que sinon pour eux c'est compliqué. Donc du coup, les enfants autistes il faut vraiment leur trouver une motivation, une chose qui leur plaise, donc du coup, voilà. Je me dis, en passant par le jeu, c'est pas mal. », « quand il y a, des fois où je vois que ça ne va pas, par exemple un jeu de rôle, j'essaye de faire intervenir ceux qui sont observateurs pour demander ce qui ne va pas », « Déjà, et tu vois, je leur donne des récompenses, à la fin de chaque séance, donc ce sont des

	bonbons, des gourmandises » « Ils ont une partie jeux plutôt avec des jeux à table et après moi je suis plus là pour les jeux moteurs, des petits jeux de récré que l'on structure. On fait des parcours moteurs […] Les interactions, on propose des petits jeux d'inhibition et voilà faire ensemble. Et puis un petit temps aussi pour des jeux de lancer ou des choses comme ça. […] Donc ça c'est pour les un peu plus grands, ils ont quand même une certaine compréhension, ils ont déjà certaines compétences donc voilà on est plutôt à essayer de structurer. Donc là ce sont des plus petits 4 5 ans et ils ont des troubles plus sévères on va dire. Donc là dans le groupe jeu, on travaille plus l'imitation, le tour de rôle, les comptines, on travaille sur des petits jeux de lancer que l'on structure, la balançoire, le fait qu'on se pousse et qu'on échange. […] Et puis on fait aussi un petit jeu à table, des lotos, des jeux très simples, des jeux de cause à effet, ça peut être Filouche et tout ou Pic'Pirate. Ce sont vraiment des jeux pour les tout-petits niveaux. […] pour les autres on est plus sur des jeux à règles. On peut faire le loup glacé par exemple. On structure, on met des cerceaux pour savoir où est le loup. On fait 1 2 3 soleil, le facteur n'est pas passé… Avec l'autre groupe je ne pourrais pas faire des jeux comme ça. On peut travailler l'imitation, on peut travailler en imitation avec des foulards. On est sur des petites rondes, on imite déjà ce qui est simple. », « Il y a une petite fille qui est dans le groupe, on répète tout le temps pour qu'elle puisse adhérer parce qu'au début, elle ne comprenait pas. On a dû beaucoup structurer. Et les autres, on suit beaucoup l'emploi du temps, on a un visuel, on répète aussi les jeux, les activités assez régulièrement. On essaye quand même de maintenir pour qu'on puisse voir une évolution. », « On lui a montré en visuel ce qu'il pouvait dire, des petits scénarii sociaux. » « Oui par le jeu et puis après on amène des structurations aussi, du visuel aussi pour que tout le monde comprenne bien ce qu'on attend d'eux. Donc après, on s'ajuste par rapport aux séances qu'on a, là si ça ne va pas, qu'on n'arrive pas à bosser, on peut

	mettre en place des outils plus structurés. Du coup, on s'ajuste pour pouvoir leur apporter la compréhension, qu'est-ce qu'on attend d'eux et pour qu'ils puissent progresser dans ce domaine-là. », « On lui a montré en visuel ce qu'il pouvait dire, des petits scénarii sociaux. », « : Au départ, on avait fait un petit emploi du temps pour les différents jeux pour qu'ils puissent attendre entre les jeux, déjà ça. Ce sont des choses bêtes mais à chaque fois ils veulent être les premiers donc on a instauré le plouf-plouf. On a instauré les cerceaux parce qu'ils mettaient les pieds les uns sur les autres, pour mettre autour, pour faire un petit rond. Après le jeu du loup, on a fait un petit badge pour le loup et le cerceau pour bien qu'ils comprennent le jeu. Et puis, on a travaillé aussi avec des foulards à attraper qu'on met derrière, il faut que la règle soit vraiment très claire parce qu'autrement ils veulent tout toucher. Donc voilà on amène des choses pour que ce soient des règles assez claires assez simples. Là, en ce moment, on fait un parcours en coopération à deux et la dernière séance on a fait pour qu'ils expliquent à l'autre ce qu'il faut faire. […] On a fait un support visuel pour qu'ils structurent leurs phrases avec le verbe d'action, le niveau spatial, si tu dois passer sous, sur, à côté, devant… et puis le matériel. Donc on a fait un support visuel pour les aider à structurer leurs phrases pour pouvoir raconter à l'autre le parcours qu'il doit faire. Voilà on peut créer des supports un peu comme ça. […] Quand même, il y a beaucoup de visuels. Pour les tours de rôle, on peut mettre les mains sur la table, une petite barquette pour donner, que ce soit très clair sur ce qu'on peut attendre d'eux. Il y a des cerceaux pour les jeux de lancer avec une bannière où le nombre de balles qu'il reste est très visible. Des choses pour vraiment leur apporter de la compréhension. », « le but c'est que ce soit le plus transférable possible avec le moins d'adaptation », « on est sur le plaisir d'être ensemble, sur des objectifs assez généraux. Déjà pouvoir leur offrir des moments comme ça, ils n'en ont pas tant que ça. » « Ce qu'on a quand même pu mettre en place, ce sont des jeux genre Pic'

	Pirate », « tu ne pourras pas jouer avec les petits autistes, les jeux genre les jeux de société, entre eux non, avec nous oui. Avec l'adulte en duel oui. Les enfants entre eux, non c'est vraiment compliqué. », « ce sont toujours des jeux où on gagne tous ensemble tu vois. Donc vraiment admettons le jeu, tu fais tout un parcours avec un ballon, le but du jeu c'est qu'on arrive à remplir la caisse de ballon et du coup il n'y a pas de gagnants, pas de perdants, il n'y a pas de tout ça », « bien évidemment avec les tout petits, ce sont très souvent des renforçateurs alimentaires. Après on essaie de les transformer en renforçateurs sociaux genre un check, un câlin, on les fait tourner pour tous ceux qui aiment bien ce qui est vestibulaire, on les prend, on les fait tourner, on leur fait faire une roulade. », « Oui ça passe mieux [avec un adulte] […] ça tu peux en faire. »
Groupe	« Enfin, ce n'est pas au même moment. Tous n'ont pas les mêmes notions au bon moment. », « Du coup, c'est vrai que c'est compliqué, qu'est-ce que tu fais avec celui-là qui... Enfin, un qui a plutôt bien compris le fait de regarder dans les yeux alors que l'autre, il en est pas du tout à là. Et puis tu vois, je suis toute seule et je pense que deux thérapeutes, ça serait vraiment super bien. Parce que, parfois, je suis obligée de faire la police, et du coup... C'est super compliqué à gérer tout ça. C'est super compliqué. Donc, tu vois, j'en étais au stade où je me demandais si j'allais continuer ma deuxième session, parce que parfois ils me faisaient vraiment... Ils me font le cirque, ils se prennent des fous rire. Tu en as deux qui sont tout le temps en train, tu vois, de se taquiner, à se prendre des fous rires et tout, il y en a un qui est tout seul, dans sa... Il pense à des trucs, il se prend des fous rire tout seul et il ne peut pas s'arrêter tant qu'il n'a pas dit ce qu'il avait dans la tête, tu vois ? Donc, parfois c'est vrai c'était compliqué et la dernière fois, je me suis un peu fâchée en disant que s'ils continuaient comme ça, ça n'allait pas être possible de continuer à poursuivre le groupe. Donc, oui, quelquefois c'est un peu compliqué, je pense que », « je pense que ça aide vachement

	d'être entre pairs. », « Et puis, tu vois j"ai un enfant, aussi, qui ne supporte pas la frustration. Et ça, c'est comment est-ce que tu le gères dans ton groupe ? Ça c'est super compliqué », « Donc, je me dis : si on était deux, et puis il y en avait eu qui pouvait gérer ça pendant ce temps que toi tu continues à animer ta séance, ça serait bien, quoi. Je suis en train de voir comment améliorer mon truc en groupe. », « Je ne pensais pas que ça se passerait comme ça », « : Et bien, avec certains, en fait, je trouve que ça se passe mieux quand ils sont en groupe, pour certains, tu vois, ils sont plus contents de venir me voir et du coup, j'observe des différences que quand je les ai en individuel. Il y en a un il adore venir me voir, mais alors quand je l'ai en individuel et que je fais un truc qu'il ne veut pas, tu vois, genre un exercice qu'il ne veut pas, c'est une catastrophe, quoi. Enfin, il ne veut rien faire, il se braque, donc, du coup, je ne peux pas bien avancer, quoi. Donc là, c'est un peu la nouveauté », « Donc eux, ils arrivent à se corriger entre eux. […] ça c'est intéressant aussi. », « : J'espère que ça aura un impact ! Positif. Je me dis, de tout façon, ça ne leur fait pas de mal de se retrouver en groupe. […] J'ose espérer que ça aura un impact positif, tu vois, vraiment efficace pour la suite. », « Je sais qu'il y a une maman avec qui je m'entends super bien et qui me disait qu'elle, son fils, tu vois, les notions que j'ai abordée, pour lui c'était O.K. Des fois, il fallait être ferme parce qu'il part un peu dans tous les sens mais que pour lui c'était O.K. Mais, je sais très bien qu'avec d'autres, je ne suis pas certaine que ce soit la même chose, tu vois ? Donc, je pense, ça dépend vraiment du cas par cas, et voilà. Mais je me dis, sûrement en avançant, après, je verrais l'évolution », « s'il n'y a pas de continuité dans le groupe, enfin de continuité de suivi, ça ne sert à rien », « Parfois, je te jure, je n'aime pas faire la police, mais je suis obligée de me fâcher, des fois de leur dire : va dans un coin, parce que moi j'ai deux salles. Donc je le laisse dans l'autre salle, et puis, tu vas te calmer, tu vas 5 minutes dans la salle à côté. Mais ce n'est pas toujours évident, je n'aime pas ça. Et puis quand tu en as un qui se braque, qui ne veut plus rien faire, qui se met à pleurer, qui ne supporte

	aucune réflexion, parfois tu sais, ils sont coquins », « J'ai vraiment un groupe hétérogène. » « Finalement ils ont quand même du plaisir à se retrouver. », « je trouve que les groupes c'est hyper chouette pour eux. Cela étant, il faut pouvoir avoir un groupe cohérent dans le sens où parfois on a des enfants tellement différents ; il faut quand même qu'il y ait des choses qu'ils puissent faire, qu'il n'y ait pas trop d'écart entre les enfants sinon ce n'est pas toujours très intéressant. Mais quand c'est possible de créer un groupe où il va y avoir pas mal d'interactions et d'échanges d'intérêts communs des enfants, de partage du jeu, c'est bien. […] Moi quand c'est possible, je trouve que c'est beaucoup plus intéressant […]. Pour travailler la communication, je trouve ça quand même intéressant. Alors je dirais sauf pour les tout petits où vraiment il n'y a pas grand-chose. Là je trouve que le groupe au départ c'est trop compliqué. », « Il ne faut pas qu'il y ait trop d'écart je pense, il faut quand même qu'il y ait les mêmes types de jeu, dans des âges quand même qui restent à peu près les mêmes. Après bien sûr, les groupes ils ne sont pas non plus homogènes. », « que ça serait motivant. Il y a d'autres choses qui se passent [en groupe]. Du coup après il faut pouvoir trouver un groupe qui coïncide, qui est pertinent par rapport est-ce qu'on a dit avec l'enfant. », « On adapte bien, on structure, on cadre mais voilà ça leur permet de pouvoir bien comprendre ce qu'on attend d'eux, de bien comprendre le jeu, de développer leurs compétences pour pouvoir après les généraliser à l'extérieur, c'est notre but. », « Déjà rien que ça, pouvoir leur offrir des moments où ils ont du plaisir ensemble et des interactions avec les pairs. », « on leur apporte un moment où ils ont du plaisir avec les autres, où ils jouent avec les autres ce qui est déjà pas mal. », « Ça met beaucoup de sens dans ma pratique d'avoir ces groupes-là. » « Deux enfants maximum parce que sinon ce n'est pas possible c'est le bazar total ! Tu ne peux pas gérer. Déjà pour vraiment cadrer et guider,

	il faut un adulte pour chaque enfant à moins qu'il y ait un enfant qui soit vraiment d'aplomb »
Rôle des adultes	« Il faut vraiment transférer les acquis avec les parents. Parce qu'en fait, si toi tu leur demandes de travailler aux enfants, et que ça ne se fait pas à la maison, ça ne sert à rien », « Il y a des enfants […] qui font un peu ce qu'ils veulent à la maison, et du coup, les parents ont du mal un peu à se faire respecter aussi, et à appliquer ce que je demande. », « Je ne suis pas certaine que tous les parents jouent le jeu après, tu vois, on a le temps de séance […] si les parents ne les obligent pas un minimum à faire ce qu'on a travaillé. Parce que tu vois, parfois je leur donne des devoirs […]. Il y en a qui le font, et d'autre qui ne le font pas. Ça dépend vraiment aussi de l'implication des parents », « je pense vraiment que le fait de travailler avec les parents, enfin que les parents soient derrière les enfants, c'est hyper important en fait. Parce que nous on les voit un petit peu mais après, tu as tout le travail à la maison […] qui est important. », « La vie quotidienne est hyper importante […]. Mais, je ne suis pas avec eux à la maison, à l'école, je ne suis pas là pour surveiller. Si les parents ne commencent pas un peu à instaurer, être un peu ferme au niveau des règles de communication, de socialisation […] Il n'y aura pas d'améliorations. C'est vraiment un travail d'équipe finalement. », « vraiment si les parents ne sont pas insistants avec ça… […] mais à la maison, je ne suis pas certaine qu'ils l'utilisent », « je ne peux pas aller vers les parents et leur dire : enfin […] je ne peux pas être les parents, quoi. Il faut que tout le monde y mette du sien », « Je pense qu'il y a vraiment un rôle hyper important des parents. […] tout ce qui est transférer les acquis, la généralisation, ça ne peut pas se faire si les parents ne sont pas avec toi et s'ils ne sont pas impliqués. C'est bien beau que tu les emmènes, mais il faut suivre derrière. […] ça m'agace un petit peu parce que je me dis, parfois, quand je leur donne des devoirs et qu'ils ne les font pas, je me dis : les parents n'ont pas été derrière. […] là, il

	faut que les parents […] soient un peu plus autoritaires, un peu plus fermes et qu'ils les obligent à faire ce qui est demandé, si on veut avancer. Ça ne va pas se faire tout seul », « C'est ça qui est le plus compliqué. » « Donc tu as les autres professionnels qu'il voit parce que tout le monde doit jouer le jeu et tu as aussi à l'école. [...] Tu as les enseignants, les AVS, donc c'est vraiment un travail d'équipe. Et c'est ça qui fait sa complexité. Si tu as une personne qui ne fait pas son travail, ça ne suit pas derrière, donc... », « Tout le monde met du sien pour qu'on ait du résultat », « vu que c'est un travail d'équipe, si tu as quelqu'un qui ne fait pas son travail, du coup, on ne peut pas aller au bout. Ça ne marche pas. », « C'est vrai que j'aimerais bien être deux, je voulais voir avec une collègue si elle ne peut pas se mettre avec moi pour continuer. » « Nous, on amène un peu plus le cadre. » l.259 E2 « Ce sont les parents qui sont en première ligne. Il ne faut pas oublier que nous on est présent très peu de temps dans la longue vie qu'il va avoir à vivre. […] ce sont les parents qui font tous les jours, pendant les vacances, les week-ends… » « C'est la collaboration de tout le monde qui fonctionne »

Annexe 11 : Tableau récapitulatif des thèmes et sous-thèmes de l'analyse thématique

Thème	**Sous-thème**
Communication	Objectif en termes de communication
	Différences de niveaux
	Communication entre pairs
	Communication avec l'adulte
	Moyen de communication alternatif
	Difficultés de communication
	Evolution de la communication
Socialisation	Objectifs en socialisation
	Plaisir et motivation à être entre pairs
	Difficultés d'apprentissage des règles sociales
	Problèmes comportementaux
	Notions acquises
	Généralisation des acquis
Jeux et supports favorisant la communication et la socialisation	Structurations et adaptations
	Supports
	Types de jeux
	Récompenses, renforçateurs
	Limite du jeu
	Plaisir partagé
Groupe	Gestion du groupe
	Dynamique du groupe
	Plaisir d'être ensemble
	Limite du groupe
	Avantage du groupe
Rôles des adultes	Ergothérapeutes
	Parents
	Professionnels

Résumé

La prise en soin précoce du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est un sujet d'actualité au vu des plans autisme successifs en France. Différentes méthodes visent à soutenir le développement de la socialisation et de la communication, dont le jeu. L'objectif de cette étude est de recueillir le regard des ergothérapeutes sur la socialisation et la communication des enfants porteurs d'un TSA dans le cadre de jeux guidés en groupe. Une étude selon une méthode clinique a donc été réalisée auprès de trois ergothérapeutes au travers d'entretiens. Une analyse thématique a été réalisée pour traiter les données qualitatives. Les résultats montrent des différences en termes de socialisation et de communication en fonction de l'âge. Les enfants de plus de six ans environ sont capables de communiquer et d'appliquer certaines règles sociales pendant ce type de séance. Cependant, pour que ces jeux en groupe soient bénéfiques, il est nécessaire que les enfants aient acquis auparavant les bases de communication et de socialisation. En conclusion, les jeux en groupes semblent soutenir l'apprentissage des habiletés sociales et de la communication pour les enfants d'âge d'école primaire.

Mots-clefs : Ergothérapie - Autisme – Communication – Socialisation – Jeu – Groupe

Abstract

The early care of Autism Spectrum Disorder (ASD) is a current subject considering the successive implementations of intervention programs regarding ASD in France. Different methods aim to support socialization and communication including plays. The aim of this study is to gather the perceptions of occupational therapists about socialization and communication of children with ASD in guided playgroups. A study with a clinical method was conducted with three occupational therapists through interviews. A thematic analysis was used to process qualitative data. The results show differences in socialization and communication according to the age of children. Children approximately aged over six years old can communicate and apply some social rules during this kind of session. Despites being reported as an interesting modality, children need first to acquire the basis in communication and socialization. In conclusion, guided playgroups seem to support the learning of social skills and communication for children of primary school age.

Keywords: Occupational therapy - Autism – Communication – Socialization – Play – Group