

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

**L'activité jeu chez les enfants ayant un trouble du spectre de
l'autisme**

Les modalités d'utilisation du jeu en ergothérapie pour en faire un support
relationnel avec la fratrie

Mémoire présenté et soutenu par
Méline Munoz

En juin 2021



Mémoire dirigé par

Mme Chauffour Camille
Ergothérapeute

Membres du jury

M. Thierry Sombardier, référent pédagogique, ILFOMER
Mme. Camille Chauffour, ergothérapeute, Fondation Jacques Chirac

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à mener à bien la rédaction de ce travail de fin d'études.

Dans un premier temps, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Camille CHAUFFOUR, pour le temps qu'elle m'a consacré, ses partages d'expériences et ses précieux conseils durant l'élaboration de ce mémoire.

Ensuite, je tiens à remercier les responsables de la filière ergothérapie, Monsieur SOMBARDIER et Monsieur TOFFIN, pour leur accompagnement tout au long de ces trois belles et intenses années de formation.

Je remercie également un de nos référents universitaires, Monsieur MANDIGOUT, pour sa bienveillance et son aide du point de vue méthodologique.

Aussi, je tiens à remercier spécialement ma famille, qui a toujours cru en moi, pour leur présence constante, et surtout mes parents qui m'ont permis de réaliser les études que j'ambitionnais. J'ai une pensée toute particulière pour ma grand-mère, qui a aussi été présente à sa façon.

Je remercie tout autant mes ami(e)s qui m'ont apporté leur soutien moral.

D'autre part, je remercie mes camarades de promotion pour nos temps de réflexions, nos échanges qui ont participé à la finalisation de ce travail de recherche. Plus généralement, je tiens à les remercier pour leur soutien sans faille tout au long de ces trois années d'études. C'est sûrement cette cohésion qui fait qu'aujourd'hui nous sommes arrivés jusqu'à cette étape finale de la formation.

Enfin, je tiens sincèrement à remercier mes tutrices et tuteurs de stage, ainsi que l'ensemble des professionnels rencontrés au cours de ces stages. Ils ont renforcé mon choix de devenir ergothérapeute et ont participé à la construction de mon identité professionnelle.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné Mélina Munoz

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le 28 mai 2021

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2021
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Méлина Munoz

Etudiant.e de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : 28 mai 2021

Signature de l'étudiant.e

A handwritten signature in black ink that reads "Munoz". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke extending to the right from the end of the name.

Table des abréviations

ABA : Applied Behavioral Analysis

ASI : Ayres Sensory Integration

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CRA : Centres de Ressources Autisme

DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-Third Edition

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-Fifth edition

FNQ : Family Need Questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Educatif

ONU : Organisation des Nations Unies

PECS : Picture Exchange Communication System

PRT : Pivotal Response Treatment

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children

TED : Trouble Envahissant du Développement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

3i : Individuelle, Intensive et Interaction

Table des matières

Introduction	1
Le trouble du spectre de l'autisme	3
1. Historique	3
2. Etiologie	3
3. Epidémiologie	4
4. Définition	5
Le système familial	6
1. La menace du besoin relationnel	6
2. La naissance et renaissance de la famille	6
3. Les conséquences sur le sous-système parental	7
3.1. L'apparition de difficultés	7
3.2. Des besoins familiaux	7
3.3. Une intervention personnalisée auprès des familles	8
4. Les conséquences sur le sous-système de la fratrie	9
4.1. La configuration de la fratrie	9
4.2. Les facteurs personnels	10
4.3. Le manque relationnel	10
Les caractéristiques du jeu	12
1. Les fonctions du jeu	12
2. Le modèle ludique : modèle conceptuel en ergothérapie	12
3. Les particularités du jeu chez les enfants TSA	13
4. L'acquisition des habiletés de jeu	14
Les différentes méthodes d'accompagnement à travers le jeu	15
1. Une méthode validée par la Haute Autorité de Santé	15
1.1. DENVER	15
2. Les méthodes non validées par la Haute Autorité de Santé	16
2.1. GREENSPAN	16
2.2. Méthode des 3i	17
3. Les divers types de jeu	18
3.1. Le jeu d'exercice sensori-moteur ou fonctionnel	18
3.2. Le jeu de construction	18
3.3. Le jeu symbolique ou de simulation	19
3.4. Le jeu de règle	19
4. La pratique en ergothérapie	20
Problématique	22
Méthodologie	23
1. Le schéma d'étude	23
2. La population d'étude	23
3. L'outil d'étude	24
3.1. Identité des professionnels	24
3.2. Utilisation du jeu	24
3.3. Inclusion de la fratrie	25
4. La démarche expérimentale	26
5. La procédure d'analyse des résultats	26

Résultats	27
1. Identité des ergothérapeutes questionnés	27
1.1. Identité personnelle	27
1.2. Identité professionnelle.....	28
2. Le jeu et ses caractéristiques d'utilisation	30
2.1. Ses objectifs	30
2.2. De son choix à sa mise en œuvre	31
3. La place des pairs dans la pratique ergothérapique	32
3.1. Les séances de groupe	32
3.2. La considération de la fratrie	32
Discussion.....	34
1. Les objectifs de l'étude	34
2. La réponse à la problématique.....	34
3. Une façon préférentielle de jouer	34
3.1. La sélection du jeu	34
3.2. La mobilisation du jeu.....	35
4. Des séances d'ergothérapie, au domicile familial.....	37
4.1. La place de la fratrie dans l'accompagnement de l'enfant TSA.....	37
4.2. L'enfant TSA dans son environnement écologique.....	38
5. Limites de l'étude	39
6. Perspectives et retombées du mémoire	39
Conclusion	40
Références bibliographiques	
Annexes	

Table des illustrations

Figure 1 : Age des ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants TSA, n=15	27
Figure 2 : Répartition géographique des ergothérapeutes, n=15	28
Figure 3 : Nombre d'années d'exercice dans le domaine de la pédiatrie, n=15.....	28
Figure 4 : Lieu(x) où interviennent les ergothérapeutes, n=15	29
Figure 5 : Âge moyen des jeunes TSA accompagnés par les ergothérapeutes	29
Figure 6 : Objectifs de l'activité jeu, n=15	30
Figure 7 : Objectifs des séances de groupe, n=8.....	32
Figure 8 : Causes de la considération de la relation fraternelle pour l'élaboration du plan d'intervention, n=13	33
Figure 9 : Conséquences du jeu au quotidien selon la famille, n=12	33

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques d'utilisation du jeu pour des fins sociales à des intervalles de temps distincts, n=15.....	31
--	----

« Le jeu devrait être considéré comme l'activité la plus sérieuse des enfants »

Montaigne

« L'homme est un être sociable ; la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables »

Aristote

Introduction

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est le résultat de troubles neurodéveloppementaux. Ces altérations neurodéveloppementales apparaissent tôt au cours de la petite enfance, le plus souvent entre 18 et 36 mois, et subsistent tout au long de l'existence. Ce trouble se traduit surtout par des difficultés d'ordre relationnel et comportemental. Ainsi, les personnes atteintes par ce trouble perçoivent le monde différemment. Elles ont des centres d'intérêts restreints et les stimuli sensoriels sont captés de façon particulière. Ce fonctionnement est alors permanent. Il demeure dans l'ensemble des environnements que la personne côtoie. Cela va de la sphère familiale à la sphère scolaire, professionnelle.

Concernant la sphère familiale, c'est le système prépondérant dans le développement de l'enfant. Il est décisif dans l'acquisition de compétences et est perpétuel. Il est donc important de le considérer étant donné que c'est lui qui va être le plus en contact avec le jeune TSA au cours de sa vie. D'ailleurs, les parents, la fratrie, les grands-parents ou autres membres de la famille qui le constitue peuvent être des proches aidants. Dans ce contexte nous parlons aussi d'aidant familial. Aider la personne pour les activités de la vie quotidienne, ou encore apporter un soutien fait partie de leurs actions. Néanmoins, la responsabilité que confère ce statut peut apparaître comme une charge mentale. Ainsi, l'aidant familial a besoin d'être lui aussi soutenu et considéré même s'il est en mesure d'être présent pour son proche. Par le biais du plan Autisme, la santé publique répond alors à ce besoin en faisant du soutien des familles un axe majeur du plan.

Si la systémie familiale est une approche fondamentale dans la prise en soin évolutive, pluridisciplinaire et individualisée du jeune TSA. C'est parce que son arrivée impacte considérablement l'organisation et le fonctionnement familial. A première vue, nous avons tendance à penser aux émotions et épreuves que peuvent ressentir, traverser les parents. D'autant plus que ce sont des acteurs primordiaux dans la prise en soin de l'enfant. Mais par le biais de ma première expérience de stage, j'ai pu constater que nous avons trop souvent tendance à ignorer la fratrie qui peut tout autant être affectée par l'arrivée de leur frère ou sœur qui présente des particularités. Effectivement, les comportements atypiques de son pair et la difficulté à interagir avec lui, en plus d'un surinvestissement du jeune TSA par ses parents, font que la relation fraternelle peut être altérée.

Cependant, un intérêt partagé, et plus généralement un domaine qui intéresse à la fois l'enfant TSA et ses frères et sœurs pourrait devenir un moyen pour faciliter les relations. Le partage peut être dans un premier temps favorable à la réunification dans un espace. Puis au fil du temps il peut devenir un moyen soutenant les échanges. Le domaine qui paraît le plus évident, qu'il y ait présence de situation de handicap ou non, est le jeu en général. D'autant plus que c'est un support d'apprentissage et de développement. D'ailleurs, les professionnels éducatifs et paramédicaux appartenant au domaine médico-social, tels que les orthophonistes, les psychomotriciens, les psychologues, les éducateurs spécialisés, les ergothérapeutes etc. Utilisent le jeu pour l'acquisition d'habiletés plus avancées et fonctionnelles. Dans un premier temps, le jeu participerait donc entre autres au développement des habiletés sociales et de jeu défaiçantes. Ensuite, une fois qu'il serait maîtrisé, de même que pour les enfants neurotypiques, il deviendrait un support relationnel comme le mentionne le modèle ludique.

Chez l'enfant TSA, une phase d'apprentissage est donc nécessaire pour que le jeu révèle ses fonctions. Plus précisément sa fonction relationnelle qui est le sujet central de notre travail de recherche.

Par ailleurs, chaque enfant porteur d'un trouble du spectre de l'autisme a ses particularités. La symptomatologie et les intérêts vont donc varier d'un enfant à l'autre. Or, comme le panel de jeux est large et que chacun de ces jeux sont adaptables. Il est possible de trouver des jeux qui conviennent à chaque profil d'enfant TSA. Tout comme les jeux, les méthodes d'accompagnement sont multiples, même si certaines sont plus efficaces que d'autres. Ce sont alors ces diverses méthodes et supports de jeu que nous allons questionner et analyser afin de mieux comprendre l'utilisation du jeu et ses effets.

Nous venons alors à nous poser la question de recherche suivante : **Dans quelles mesures l'activité « jeu », outil de pratique de l'ergothérapeute en pédiatrie et support d'apprentissage des enfants, peut-elle faciliter les relations de l'enfant TSA avec sa fratrie ?**

Le trouble du spectre de l'autisme

1. Historique

Le terme « trouble du spectre de l'autisme » est né d'un premier concept, celui d'autisme. Ce concept n'a d'ailleurs pas toujours eu les mêmes attributs depuis qu'il a été employé pour la première fois par Eugen Bleuler en 1911. En effet, ce psychiatre suisse l'a utilisé pour dénommer des troubles, soit une attitude et une adaptation particulière en lien avec la schizophrénie.

Ensuite, ce concept a été réemployé par le pédopsychiatre américain Léo Kanner, en 1943, pour désigner des comportements d'indifférence sociale et de troubles affectifs chez les enfants verbaux et non verbaux. D'ailleurs, à la même période, Hans Asperger employait le même concept pour décrire des comportements similaires chez des adolescents qui maîtrisaient le langage.

Une trentaine d'années plus tard, donc en 1980, c'est le concept d'autisme infantile qui naît au travers du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III) comme catégorie diagnostique distincte.

Puis en 1994, date de parution du DSM-IV, la catégorie de Trouble Envahissant du Développement (TED), plus générale, est apparue avec des sous-catégories. En plus de cette nouvelle dénomination, quelques années plus tard, depuis la loi du 11 décembre 1996, l'autisme n'est plus considéré comme une pathologie mentale. Il s'agit plutôt d'un ensemble de troubles qui impactent de manière plus ou moins importante le développement de la personne. Nous parlons alors de triade symptomatique. C'est-à-dire que chez les personnes ayant un TED il coexiste une altération des interactions sociales, un déficit de la communication verbale et non verbale, en plus des comportements et intérêts restreints et répétitifs. Le terme TED englobe le trouble autistique et le syndrome d'Asperger entre autres.

Néanmoins, en raison d'un manque de précisions dans la définition des critères diagnostiques de TED, le DSM-V fait son apparition en 2013. Dès lors, les sous-catégories de TED sont radiées et le trouble autistique ainsi que le syndrome d'Asperger sont réunis sous le terme de trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Ainsi, à la vue de l'évolution de la signification et de la dénomination du trouble du spectre de l'autisme, nous estimons que le travail à propos de ce trouble est important pour le comprendre et l'appréhender au mieux.

2. Etiologie

Tout d'abord, l'origine du trouble du spectre de l'autisme est directement à l'image du trouble neurodéveloppemental puisqu'elle est complexe. En effet, elle est encore à ce jour mal connue. Pendant longtemps, quand l'approche psychanalytique était en vogue, il a été fait l'hypothèse que le trouble était la conséquence du comportement, des caractéristiques psychologiques des parents. C'est plus particulièrement le comportement maternel trop « frigide » qui était mis en cause.

Par la suite, cette hypothèse a été rejetée et c'est l'origine multifactorielle, avec davantage une composante génétique, qui a été retenue. C'est d'ailleurs l'étude des jumeaux qui prouve cette implication génétique avec un taux de concordance du diagnostic de TSA de 70 à 90% chez les jumeaux homozygotes contre un taux de 0 à 14% chez les jumeaux hétérozygotes (Lichtenstein, Carlström, Råstam, Gillberg et Anckarsäter, 2010). De façon plus

globale, c'est l'étude des familles et des fratries qui a confirmé l'implication de divers gènes, avec certains plus fortement impliqués que d'autres. Ainsi, l'apport de la génétique expliquerait 70 à 90% des diagnostics de TSA. D'ailleurs, être un garçon et présenter des antécédents familiaux sont deux facteurs de risque génétiques confirmés. Pour les 10 à 30% diagnostics restant, ce seraient les facteurs neurobiologiques et environnementaux qui seraient mis en cause. Parmi eux nous comptons l'exposition à des substances chimiques (Dépakine administré à la mère durant la grossesse), la naissance prématurée, etc. Ainsi, le TSA résulterait de la combinaison de facteurs de risque de diverses natures.

3. Epidémiologie

Bien que les origines du trouble du spectre de l'autisme soient incertaines, les chiffres qui le caractérisent ne cessent d'évoluer et de croître.

Effectivement, selon l'Inserm, en France, environ 700 000 personnes sont porteuses de TSA. Parmi elles, 100 000 ont moins de 20 ans. Plus largement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que dans le monde 1 enfant sur 160 présente ce trouble.

En se rapportant à la Haute Autorité de Santé (HAS), nous notons qu'en 2003 la prévalence de ce trouble en France est estimée à 4.1 pour 1 000 enfants dont le diagnostic a été posé au plus tard à l'âge de 8 ans. Néanmoins, ce chiffre est discutable au niveau national car il est le résultat d'une étude de cohorte qui ne s'intéressait qu'aux données des registres de deux régions. Lorsque nous nous référons au bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé Publique France paru en mars 2020, nous observons que les départements en question étaient la Haute-Garonne ainsi que l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie. Nous remarquons également que si nous étudions les chiffres plus en détail, entre la génération des enfants nés en 1995-1997 et celle née entre 2007-2009, les prévalences ont augmentées dans les deux régions.

A propos du sex-ratio, le taux de TSA apparaît plus important chez les garçons que chez les filles. C'est encore plus marqué lorsqu'il n'y a pas présence d'un retard du développement intellectuel.

D'ailleurs, l'étude citée juste au-dessus met en avant qu'il y a une diminution significative de la proportion d'enfants ayant un retard du développement intellectuel associé. Même-si, comme il est dit plus haut, ces chiffres sont discutables à l'échelle nationale. Ils apparaissent semblables aux estimations européennes pour les mêmes tranches d'âge. Ainsi, la prévalence, que ce soit en France ou dans d'autres pays, se situe entre 1 et 2% de la population, qu'elle soit pédiatrique ou adulte.

De ce fait, par l'étude des chiffres relatifs au TSA qui témoignent d'une prévalence en hausse. Mais aussi par la complexité des troubles du fait qu'ils soient variés et qu'ils se manifestent à des degrés différents. Ce trouble neurodéveloppemental qu'est le TSA devient un enjeu de santé public. D'ailleurs, le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-moon, a tenu le 1^{er} avril 2011 les propos suivants : « De tous les troubles graves de développement, il est celui qui connaît la plus rapide expansion dans le monde. Cette année, le nombre de cas d'autisme diagnostiqués chez des enfants sera supérieur aux diagnostics de diabète, de cancer et de SIDA additionnés ».

La politique publique évolue et s'oriente donc de façon à avoir un effet sur les constats préoccupants relevés. Il est alors recherché une amélioration des connaissances du trouble encore trop insuffisantes même si elles ont déjà progressé, une amélioration des prises en

soin destinées aux enfants mais aussi aux adultes et une amélioration de l'articulation du parcours de soin où les acteurs et moyens sont variés.

4. Définition

Malgré une origine et des chiffres qui méritent de faire l'objet d'autres études, nous allons définir précisément ce qu'est le trouble du spectre de l'autisme afin d'en comprendre les conséquences. Pour se faire, nous allons nous référer au DSM-V.

Le TSA fait partie des troubles neurodéveloppementaux (TND). Les critères qui le caractérisent appartiennent à deux dimensions symptomatiques ; nous parlons de « dyade autistique ». Nous retrouvons alors comme critères diagnostiques : des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, plus un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. La présence des symptômes depuis la petite enfance avec la possibilité qu'ils se manifestent pleinement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités individuelles, le fonctionnement quotidien limité ou altéré par les symptômes, et des perturbations pas mieux expliquées par un trouble du développement intellectuel ou un retard global du développement sont aussi des critères diagnostiques.

En ce qui concerne les difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales, nous identifions trois symptômes systématiquement présents :

1. **Réciprocité socio-émotionnelle** ;
2. **Déficit dans la communication non-verbale** ;
3. **Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales** appropriées pour l'âge ; difficulté à adapter son comportement à différents contextes sociaux, difficulté à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

Pour ce qui est des comportements stéréotypés et intérêts restreints, nous identifions au moins deux symptômes sur les quatre présentés ci-dessous :

1. Utilisation de **mouvements répétitifs/stéréotypés**, utilisation particulière du **langage** et des **objets** ;
2. Insistance sur la **similitude**, aux **routines et rituels** verbaux ou non verbaux ;
3. **Intérêts restreints, limités ou atypiques** quant à l'intensité et au type d'intérêt ;
4. **Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels** ou **intérêt inhabituel** envers des éléments sensoriels de l'environnement.

D'autre part, la définition varie, ou plutôt est complétée par un niveau de sévérité attribué à ces deux dimensions en fonction du niveau d'aide requis par la personne en situation de handicap. Il existe trois niveaux de sévérité :

- Niveau 3 : nécessité d'un soutien très substantiel
- Niveau 2 : nécessité d'un soutien substantiel
- Niveau 1 : nécessité d'un soutien

De plus, quand l'autisme est défini, il doit être spécifié s'il existe des troubles associés tel qu'un déficit du développement intellectuel, une altération du langage, une pathologie médicale ou génétique connue ou un facteur environnemental, d'autres troubles de type développemental, mental, comportemental ou une catatonie.

Le système familial

1. La menace du besoin relationnel

La dyade symptomatologique décrite précisément juste au-dessus explique les difficultés d'ordre relationnel et comportemental des personnes TSA.

Cependant, l'Homme, pour exister, a des besoins. D'ailleurs, un de ses besoins est d'être en relation avec ses semblables quelle que soit la nature de la relation. De plus, il est nécessaire qu'il soit enraciné quelque part. Sinon, il a aussi besoin de transcender la vie, c'est-à-dire qu'il cherche à dépasser sa condition animale ; cela sous-tend le désir d'agir sur la vie par la création par exemple. Aussi, l'identité est indispensable à l'Homme, c'est-à-dire qu'il doit avoir la possibilité d'être lui, d'être le sujet de ses propres actions par l'emploi du pronom personnel « je ». Enfin, pour exister en tant qu'humain, l'Homme doit disposer d'un cadre quelconque d'orientation et de dévotion afin de comprendre ses besoins et de les satisfaire de diverses manières dans le but de concourir à son bien psychique.

Dès lors, ces conditions font que l'Homme est un être relationnel, il interagit avec le monde extérieur dans lequel il s'inscrit. Ainsi, au long de son existence, il appartient à des systèmes, soit à un groupe de personnes qui se connaissent et partagent les mêmes événements de vie. Il existe une multitude de systèmes tels que des colocataires, un groupe d'étudiants, un groupe d'employés d'une entreprise, etc. Mais le système le plus commun est celui de la famille puisque l'enfant qui vient au monde est souvent issu de ce dernier et qu'il sera peut-être amené à créer son propre système familial.

2. La naissance et renaissance de la famille

Le concept de famille sous-entend donc aussi la notion de dynamisme. En effet, au départ, le système familial naît à partir de la réunion de deux adultes. Il naît donc du sous-système conjugal comme le nomme le thérapeute familial Minuchin. Mais nous parlons de famille uniquement lorsque le couple donne naissance à un premier enfant. L'arrivée de cet enfant marque aussi un changement identitaire du couple puisqu'il acquiert désormais le statut de parent. Toujours selon Minuchin, il apparaît alors le sous-système parental. A cet instant, le sous-système conjugal où le soutien mutuel de mise est déséquilibré. Il doit y avoir réorganisation du couple qui doit maintenant apprendre à fonctionner en triade. La ou les naissances qui vont suivre vont avoir le même impact même s'il est de moins grande intensité. Ce sont d'ailleurs ces naissances qui vont faire apparaître le dernier sous-système du système familial, c'est-à-dire le sous-système de la fratrie comme le désigne Minuchin. Ainsi, la famille se construit, s'agrandit mais elle ne se définit pas comme la somme de ses membres. C'est en fait une véritable entité. D'ailleurs, « les liens entre les membres de la famille sont si étroits que tout changement de comportement chez l'un d'entre eux se répercute sur les autres et sur l'ensemble du système familial » (Watzlawick, 1972). Ainsi, l'accueil d'un nouvel enfant qui a été idéalisé pendant la grossesse, qui porte donc déjà le poids des espérances de ses proches, vient chambouler l'ensemble des membres de la famille (parents et fratrie dans le cas où la femme est multipare).

Néanmoins, l'apparition du handicap, simultanée ou après l'arrivée de l'enfant vient anéantir les espoirs qui reposaient sur le nouveau-né ; un second bouleversement a donc lieu. Dans le cadre du TSA, trouble d'origine neurodéveloppemental, les symptômes se traduisent au cours du développement de l'enfant. Ainsi, avant-même que la traduction des symptômes ait un véritable impact sur le système familial. C'est l'annonce du diagnostic du trouble qui

appose l'apparition du handicap dans la famille. Cela note donc le début de ce deuxième remaniement familial, après celui de la naissance de l'enfant en question.

3. Les conséquences sur le sous-système parental

L'apparition du handicap dans la famille est vécue comme un événement traumatique. « Les familles dont un membre est atteint de TSA connaissent alors bien souvent d'importantes difficultés sur le plan émotionnel, physique et financier, mais avec des variations selon les situations » (Higgins et al., 2005). De plus, les membres qui constituent la famille, soit ceux qui s'inscrivent dans les différents sous-systèmes familiaux, sont affectés et réagissent singulièrement.

3.1. L'apparition de difficultés

En premier lieu, donner la vie à un enfant en situation de handicap peut provoquer un sentiment d'injustice, d'incompréhension, de culpabilité chez les parents. Ils peuvent alors réagir de façon diamétralement opposée face à l'annonce du handicap. C'est le déni qui prédomine ou la recherche d'un moyen pour soulager leur douleur. A cette douleur s'ajoute de l'inquiétude pour l'avenir et une nécessité de s'adapter à la différence. Ainsi, dans la plupart des cas, le diagnostic génère du stress chez les parents. En effet, en plus de s'adapter pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne, ils vont détenir un rôle majeur dans la prise en soin et l'accompagnement de leur enfant. Aussi, dans le cas où les déficiences de l'enfant sont plus lourdes, un risque d'épuisement chez les parents apparaît.

D'ailleurs, à propos du stress des parents d'un enfant avec TSA, il a été mis en évidence qu'il est « supérieur à celui observé chez des parents d'enfants du même âge atteints d'autres handicaps »(1). Il est en fait le résultat de l'importance des soins/ accompagnements au quotidien, voire directement de la relation parents-enfant qui peut manquer de réciprocité socio-émotionnelle et être animée par des difficultés de communication. De plus, les nombreux besoins en termes de soins quotidiens sont corrélés à des dépenses, donc en parallèle à des difficultés financières. Sinon, des possibles difficultés dans la relation de couple et d'ordre social en général sont d'autres causes du stress.

A ce niveau de stress élevé s'ajoute possiblement un niveau d'anxiété et de dépression tout autant important. Dès lors, face à la vague de sentiments divers et variés perçue chez les parents, c'est la qualité de vie qui est directement impactée. Effectivement, dans les familles où des enfants sont porteur de TSA, cette « qualité de vie peut être affectée par divers facteurs, tels que le statut socioéconomique, le soutien social, les caractéristiques des enfants et des parents, et les stratégies de *coping* » (Lee et al., 2009 ; Mugno et al., 2007 ; Cappe et al., 2011 ; Huton et Caron, 2005 ; Bristol, 1984).

3.2. Des besoins familiaux

Les difficultés qui ont pu être répertoriées laissent alors entrevoir des besoins chez les parents d'enfants avec TSA.

Dans la littérature nous relevons d'ailleurs trois types de besoins familiaux : les besoins liés à l'état de santé de l'enfant, les besoins liés au fonctionnement familial et les besoins liés aux ressources communautaires et financières. Néanmoins, les chercheurs prennent en compte les besoins des parents d'enfants avec handicap seulement depuis 1988. C'est d'ailleurs à partir de cette date qu'a été créé le questionnaire d'évaluation des besoins

familiaux dit le Family Needs Survey (FNS). Cet outil a ensuite servi à Siklos et Kerns pour l'élaboration d'un questionnaire, le Family Need Questionnaire (FNQ). Ce dernier est validé et le seul à ce jour à évaluer directement les besoins des parents d'enfants avec TSA. Il a d'ailleurs dernièrement été traduit en français et porte le nom de FNQ-Fr.

Les besoins familiaux sont alors définis comme étant « un jugement, ou une indication qu'une ressource (information, conseil, assistance, etc.) est requise ou désirée afin d'accomplir un objectif ou atteindre un but particulier » (Dunst et al.). Une évaluation de la sorte permet alors d'axer les interventions, notamment en ergothérapie, en fonction des besoins individuels de la famille.

3.3. Une intervention personnalisée auprès des familles

Il a été mis en évidence que les familles constituées d'enfants avec TSA ont des besoins particuliers qui peuvent notamment être recensés par le biais du FNQ-Fr. Si nous nous référons aux recommandations de bonne pratique de la HAS, datant de janvier 2018 et portant sur le « Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent », nous relevons qu'il est « nécessaire d'être attentif aux besoins de la famille et de s'intéresser à son niveau de stress et de qualité de vie, afin de l'orienter vers des mesures d'aide et de soutien, adaptées à ses besoins et ses priorités (psychoéducation, éducation thérapeutique, associations d'usagers, soutiens psychologiques, aides sociales, etc.). »

D'ailleurs, la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, dont la dernière date de 2018, plaide aussi le soutien des familles et des aidants ; c'est une cause majeure pour eux. Ce qui est proposé a pour but de renforcer l'accompagnement des personnes qui ont un TSA, principalement de manière précoce quand c'est possible. Cela a aussi pour but de rompre le sentiment d'isolement qui peut aller jusqu'au sentiment d'abandon des familles et des aidants.

Ainsi, après avoir pris en compte les besoins des parents, les actions mises en place les concernent et sont les suivantes : l'information sur l'autisme et la connaissance des ressources disponibles, le pouvoir d'agir par le biais de programmes de guidance parentale et d'éducation thérapeutique, l'intégration aux interventions et accompagnements en mobilisant leur expertise, l'apport de solutions de différentes natures. D'autre part, le plan d'intervention est orienté par la façon dont les parents parviennent à gérer leur stress. Ainsi, les professionnels qui accompagnent ces parents devraient avoir connaissance des facteurs qui peuvent avoir un impact sur cette gestion.

Le suivi de l'enfant apporte donc un soutien et va devenir une véritable ressource pour les parents. L'entrée progressive dans ce suivi est marquée par l'apport d'indications concernant l'élaboration d'un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques. Néanmoins, ce suivi débute après un laps de temps entre la fin de la démarche diagnostique et la mise en œuvre effective du projet d'intervention co-élaboré avec la famille. Lors de cette période de latence il est donc important que les parents soient tout autant accompagnés. D'autant plus que nous relevons « l'importance de l'acceptation du diagnostic dans les processus de résilience des parents, ce qui souligne que l'accompagnement est nécessaire après l'annonce » (Weiss et al., 2012).

D'un autre côté, l'annonce du diagnostic médical n'intéresse pas seulement les parents. Il est essentiel que l'enfant en situation de handicap mais aussi ses frères et sœurs soient informés. En effet, ils vont être tout autant impactés par le handicap étant donné qu'ils s'inscrivent dans le système familial. Surtout que les fratries qui ont un frère ou une sœur avec

TSA semblent elles aussi vulnérables à l'anxiété et à la dépression (Orsmond et Seltzer, 2009). Il est alors nécessaire de les prendre en compte, de les considérer afin de leur assurer une qualité de vie correcte qui est significativement plus altérée dans leur situation. Cela a été mis en évidence par Marciano et al. par l'utilisation de l'Auto-questionnaire de qualité de vie de l'enfant image (AUQUEI). D'ailleurs, selon Roeyers et Mycke, la compréhension du trouble et la qualité de la relation dans la fratrie sont associées.

4. Les conséquences sur le sous-système de la fratrie

Selon Scelle, la fratrie, longtemps laissée de côté lorsque nous évoquons le handicap au sein de la famille, s'inquiète en premier lieu de la façon dont leurs parents réagissent à l'annonce du diagnostic et non du handicap de son frère ou sa sœur en lui-même. Les réactions, sentiments qui traversent les parents (tristesse, douleur, stress, anxiété) vont alors influencer la perception du trouble chez la fratrie. Tout comme les transformations dynamiques familiales qui vont suivre. Dès lors, d'après Marcelli, les réactions et la souffrance de la fratrie vont être un reflet de la gestion psychique de la présence de l'enfant avec TSA de la part des parents. De ce fait, le bien-être de l'enfant neurotypique, mais aussi celui de l'enfant avec TSA est influencé par la façon dont les parents gèrent le handicap ; un stress important au sein de la famille va directement avoir un retentissement sur ce bien-être. Ce constat est avancé par plusieurs auteurs, notamment par Fisman et Wolf.

En second lieu, la fratrie se retrouve en plus impactée par la place qu'elle revêt au sein du système familial et par d'autres éléments plus spécifiques au TSA.

4.1. La configuration de la fratrie

Il est important de s'attarder sur la configuration de la fratrie puisqu'elle constitue des facteurs qui peuvent expliquer certains comportements interactionnels. En effet, en fonction de la place du frère ou de la sœur de l'enfant avec TSA, de son sexe, de sa différence d'âge, de la taille de la fratrie, le vécu de la fratrie va être différent.

Il sera plus difficile pour l'aîné de s'adapter au double bouleversement qu'est la naissance de son frère ou de sa sœur en plus de l'apparition du handicap. En effet, il ne sera plus l'unique enfant de la famille et ses parents seront trop préoccupés par son frère ou sa sœur autiste. D'autant plus que l'image de la toute-puissance parentale est présente, ce qui entraîne angoisse et agressivité. Sinon, ce sont les sœurs aînées qui assument le plus souvent les soins de leur frère ou sœur avec TSA. Pour ce qui est des enfants nés après leur frère ou leur sœur autiste, ils auront plus de facilité à accepter la différence. Ils accepteront donc plus facilement le handicap puisqu'ils y font face dès leur plus jeune âge. Or, quand vient les premières socialisations des cadets, ils prennent conscience que tous leurs aînés ne sont en fait pas si différents de lui. Ils auront alors par la suite peut-être plus de mal à s'identifier à leur aîné en situation de handicap.

D'autre part, plus la fratrie sera grande plus il sera facile de faire face au handicap en raison des liens déjà établis, ce qui va favoriser le soutien. Mais la situation sera quand même plus difficile pour l'enfant dont l'âge se rapproche du frère ou de la sœur avec TSA. En effet, il devra endurer ses troubles mais aussi l'éloignement de ses parents trop préoccupés par l'enfant en situation de handicap. Ce dernier aspect est davantage marqué pour les fratries de deux enfants ou celles de plus de sept enfants. Surtout que selon Wintgens, les enfants « psychologiquement oubliés » par les parents sont plus souvent ceux qui naissent après l'enfant

ayant un TSA. Néanmoins, dans les familles nombreuses, le sentiment de gêne et d'accablement par rapport à l'enfant autiste est amoindri.

Aussi, le genre des enfants qui constituent la fratrie a son importance. Ceux du même sexe que l'enfant avec TSA auront plus de difficultés à s'identifier psychologiquement.

4.2. Les facteurs personnels

La singularité des enfants fait que chaque frère ou sœur d'enfants avec TSA vit à sa manière les troubles de son proche. En effet, le handicap peut susciter diverses réactions telles que l'isolement, la recherche d'attention des parents, la culpabilité, la honte, l'inquiétude la fascination, la gêne, la tristesse. Certaines pourront expliquer la baisse des comportements négatifs de type insultes, bagarres, jalousie, rivalité au sein de ces fratries. Finalement, la réponse face au handicap dépendra de ce que l'enfant renvoie tout d'abord à lui-même, et ensuite à ce qu'il renvoie aux yeux des autres et de la société.

De ce fait, la résultante du trouble du spectre de l'autisme chez le ou les frère(s) et sœur(s) de l'enfant avec TSA va différer d'un enfant à un autre car différents paramètres propres à chacun vont intervenir. Or, un constat subsiste, ces enfants se questionnent beaucoup et ont aussi des besoins sociaux normalement assouvis en partie par la famille.

D'un autre côté, le facteur endogène qu'est l'âge va aussi intervenir dans la perception du handicap. En effet, chez les adolescents neurotypiques, la construction identitaire peut être impactée. Il s'avère aussi que les liens avec l'entourage sont plus négatifs et moins étroits, surtout avec les parents. Des symptômes anxieux et dépressifs mis en évidence lors d'une étude par le biais de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), une inhibition sociale, une hyper-maturité pouvant conduire au processus pathologique de parentification sont autant de réactions qui peuvent transparaître.

4.3. Le manque relationnel

La fratrie entre en jeu dans le développement psychologique de l'enfant. En effet, c'est au sein de celle-ci que les enfants partent à la découverte de l'autre. Ils expérimentent les premières relations avec les pairs, ressentent et découvrent divers comportements tels que l'agressivité, la rivalité, l'affection, l'attachement, la solidarité, la protection et le partage. Dès lors, en cas de présence du handicap dans la fratrie, des mouvements affectifs et des questionnements apparaissent chez les frères et sœurs dépourvu de handicap.

Cela est d'ailleurs notable pour le TSA puisque dans une fratrie où il y a présence d'un enfant atteint de ce trouble, les interactions vont être différentes comparées à un enfant qui aurait un autre trouble développemental (Kaminsky et Dewey, 2001). Les échanges sont alors entravés et un pacte de non-dits, qui existe souvent entre parents et enfants, s'applique. Dans leur étude, les deux auteurs ont d'ailleurs montré que les frères et sœurs d'enfants autistes ont des relations moins intimes, socialisantes, d'attention, de soin et d'éducation. Cela se traduit par des enfants avec TSA qui passent moins de temps avec leur fratrie, ont des initiations prosociales et antagonistes moins nombreuses et moins variées dirigées vers leur fratrie, et l'imite moins. De ce fait, les comportements étranges de l'enfant avec TSA, ses bizarreries, sa surveillance accrue, l'obligation de participer aux tâches domestiques affectent la fratrie. Le refus relationnel se traduit alors par de la tristesse de sa part. Aussi, lorsque la fratrie se retrouve en communauté, elle se trouve embarrassée et divers sentiments la traversent (gêne, culpabilité, honte...).

Le fonctionnement comportemental et émotionnel des frères et sœur d'enfants porteur de TSA se trouve donc altéré. Auparavant, pour identifier ce dysfonctionnement, l'évaluation d'un seul informateur, soit d'un parent était effectuée. Il faut attendre l'étude Multi-informant assessment of siblings of youth with autism spectrum disorder : Parent-child discrepancies in at-risk classification de James A. Rankina, Theodore S. Tomenya, Tammy D. Barryb, qui date de 2017 pour que le frère ou la sœur d'un enfant avec TSA soit entendu. D'ailleurs, les questionnaires et auto-évaluations ont mis en évidence que la considération des deux informateurs - parent et enfant neurotypique - est importante puisque cela permet d'affiner la détection d'un mal-être psychologique. Ainsi, « these results support a noteworthy literature emphasizing parent mental health as a critical factor to consider when rating youth mental health » (Quintero & McIntyre, 2010). Même s'il est primordial d'accorder de l'importance aux parents, il est donc tout aussi judicieux d'être à l'écoute de la fratrie à propos de ses propres perceptions. De toute évidence, accompagner une famille où il y a présence d'un enfant avec TSA nécessite de tenir compte des parents ET de la fratrie.

Finalement, face à cette problématique de relation fraternelle, sous-jacente à la pauvreté des interactions, la HAS fait plusieurs recommandations aux professionnels, ergothérapeutes compris. Elle leur recommande d'être très attentifs aux manifestations de souffrance et aux appels au soutien exprimés par la fratrie. Ainsi, diverses ressources sont proposées. Il peut s'agir d'un soutien psychologique individuel, de groupes thématiques « parents-enfants-fratrie », de groupes de parole, mais aussi d'organisation d'activités conjointes avec la fratrie. Il existe aussi des enseignements dont disposent les frères et sœurs afin d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour participer au suivi de leur proche. D'ailleurs, il est prouvé que l'inclusion des frères et sœurs dans les interventions comportementales est bénéfique, que ce soit pour la fratrie ou l'enfant avec TSA. Les frères et sœurs de l'enfant autiste sont alors très importants dans sa vie malgré qu'il ignore cette fratrie. Or, dans le cadre ci-présent, l'enfant devrait participer à des formations. Cet aspect d'apprentissage concernant le handicap de son frère ou de sa sœur ne risquerait-il pas de majorer la possible parentalisation du jeune ? Comme le conseille la HAS, n'existe-t-il pas plutôt une activité adaptée aux enfants neurotypiques qui permettraient d'établir un lien avec son frère ou sa sœur en situation de handicap ?

Si nous nous référons à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), ratifiée par l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'article 31 stipule que « les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique ». La société dans laquelle vit l'enfant doit alors lui permettre d'exercer ce droit. Nous en concluons donc que le jeu fait partie des activités que pratiquent l'enfant en situation de handicap ainsi que la fratrie dans laquelle il s'inscrit. En effet, comme le jeu est un droit universel il a le devoir d'être accessible à tous. Ainsi, le jeu deviendrait une activité partagée, une occupation commune de l'enfant avec TSA et de sa fratrie au cours de la vie quotidienne. Mais qu'en est-il de son caractère relationnel ?

Les caractéristiques du jeu

Le mot « jeu » vient du latin « jocus » qui signifie plaisanterie. Le jeu est donc joyeux. S'adonner à un jeu est alors l'occasion de développer des compétences, son esprit, d'exprimer des sentiments et de libérer des tensions internes. En plus d'être une source de plaisir il est donc un moteur du développement de l'enfant. Pour cerner toutes ses caractéristiques thérapeutiques nous nous référerons au modèle ludique.

1. Les fonctions du jeu

Au travers du jeu l'enfant fait des expérimentations tout en sollicitant les diverses fonctions de celui-ci.

En effet, lorsque l'enfant joue il découvre son environnement. Il développe alors des savoir-faire et un savoir-être. C'est-à-dire des habiletés et des attitudes dans la vie quotidienne au moyen du développement de stratégies d'actions pour composer avec les objets et les personnes qui l'entourent. De plus, au cours de ce temps de jeu il éprouve des sentiments de maîtrise sur son environnement et dans ses actions de jeu lorsqu'il n'existe pas de règles ; chaque tentative devient valable. Ainsi, le jeu permet de renforcer l'estime de soi en plus d'être gratifiant. Par le biais des tentatives menant à l'échec, le jeu devient aussi une occasion d'apprendre à résoudre des problèmes, à réagir face à des conséquences minimales. Jouer est aussi une opportunité d'imaginer et de créer par le développement de sa pensée originale et créative. Néanmoins, cela nécessite d'avoir accès à l'imagination et de ne pas être restreint par l'environnement. Le jeu est aussi un moyen d'exprimer ses sentiments positifs et négatifs sans pour autant parler. Enfin, jouer est une façon d'expérimenter le plaisir qui est engendré par la nouveauté, l'incertitude et le défi surmontable.

D'autre part, derrière le jeu se cache des composantes sensorielles, motrices, cognitives, affectives et sociales. La composante sociale est surtout possible avec un partenaire avec lequel l'enfant a l'occasion de partager, communiquer, tenir compte de l'autre ; l'enfant apprend alors à se relier à autrui.

Le jeu est donc une activité stimulante qui permet d'apprendre la vie en société. Mais il peut aussi devenir thérapeutique lorsqu'il est mobilisé par un professionnel de santé tel que l'ergothérapeute.

2. Le modèle ludique : modèle conceptuel en ergothérapie

L'ergothérapeute, dans sa pratique, utilise le modèle ludique puisque ses valeurs sont superposables à celles de l'ergothérapie. En effet, ce modèle s'attarde sur la « nature occupationnelle » de l'enfant qui a à sa disposition le jeu. L'ergothérapeute, lui, s'attarde sur la « nature occupationnelle » de la personne qu'il accompagne. De plus, en ergothérapie, l'approche de la personne est holistique, et son besoin d'agir et d'interagir avec l'environnement est reconnu. Le jeu permet aussi cela. Sinon, au cours des interventions, il est recherché une adaptation de la part de la personne, et pour l'enfant cela est possible à travers le jeu. Aussi, la pratique en ergothérapie est centrée sur la personne, ce qui est en accord avec le fait de laisser le choix du jeu à l'enfant. Dans ce dernier cas nous retrouvons une nouvelle fois la notion d'adaptabilité de la part de l'enfant lorsqu'il rencontre des problèmes.

D'un autre côté, en plus d'être en accord avec les valeurs de l'ergothérapie, ce modèle rassemble plusieurs concepts bien précis, ce qui en fait un modèle conceptuel.

Les concepts sont les suivants (Cf. Annexe I « Schéma du modèle ludique : cadre conceptuel ») :

- **Jeu** : attitude subjective suscitant plaisir, intérêt, spontanéité. Cette attitude est une conduite choisie sans qu'un rendement ne soit attendu. Elle s'exprime dans un temps et un environnement donné, constitués d'objets et de partenaires.
- **Attitude ludique** : caractérisée par le plaisir, la curiosité, le sens de l'humour et la spontanéité, en plus de l'envie de prendre des initiatives et de relever des défis.
- **Action du jeu** : composantes instrumentales (sensorielles, motrices, perceptives, cognitives) qui permettent l'activité de jeu.
- **Intérêt pour le jeu** : attirance, intérêt nécessaire pour qu'il y ait un désir d'agir et un maintien du plaisir d'agir.
- **Plaisir de l'action** : sensation agréable naissant de l'intérêt pour telle ou telle activité, s'expérimentant dans l'action, entre autres dans le jeu, et susceptible de favoriser la répétition et la généralisation de l'action. Ce plaisir concerne tant les rapports avec les objets que les rapports avec les autres.
- **Capacité d'agir** : effectuation de l'activité de façon habituelle, adaptation de l'activité à ses possibilités et réaction devant l'impossibilité d'accomplir l'activité. Cela concerne le lien aux objets mais aussi à autrui.
- **Autonomie** : détermination de ses propres règles de son action.
- **Bien-être** : sensation agréable du fait de la satisfaction de ses besoins physiques et de l'absence de tensions psychologiques.

De ce fait, le modèle ludique sollicite des activités signifiantes pour l'enfant et s'inscrit dans une approche globale. Selon ce modèle, le jeu est défini par l'attitude qui le sous-tend. En plus d'être un support où la cognition, la motricité, les systèmes sensoriels et les émotions de l'enfant se développent et fonctionnent simultanément. Dès lors, il permet l'émergence du plaisir d'agir, le développement de la capacité d'agir de l'enfant, ce qui le pousse vers l'autonomie et le sentiment de bien-être. Il devient donc une modalité privilégiée mais aussi le but d'intervention. D'ailleurs, ce qui est appris au moment du jeu va influencer les interactions avec la vraie vie. Les habiletés qui ont été développées pourront alors avoir des répercussions sur l'adaptation au cours de la vie quotidienne.

3. Les particularités du jeu chez les enfants TSA

Si nous nous référons au modèle ludique, nous constatons que le jeu est un support riche en termes de développement des habiletés chez les enfants. Mais faut-il encore que les capacités de l'enfant lui permettent d'y avoir accès.

Concernant les enfants ayant un TSA, des chercheurs avaient identifié chez ces enfants une inhabileté à amorcer des interactions dans le jeu ou à y réagir (Restall et Magill-Evans, 1994 ; Sigafoos, Robert-Pennell, Graves, 1999), un jeu stéréotypé (Wing, 1988) et une absence du jeu de faire semblant (Charman et Baron-Cohen, 1997). Ces constatations ont été confirmées par Case-Smith et Miller (1999), à la suite d'une étude menée auprès d'ergothérapeutes, puisqu'ils ont démontré que ces enfants avaient des difficultés fonctionnelles pour le jeu symbolique et le jeu avec autrui. Par ailleurs, diverses recherches prouvent que ces enfants ont des déficits importants concernant le jeu symbolique par rapport

aux enfants neurotypiques ayant le même âge (Blanc et al., 2005 ; Holmes et Willoughby, 2005 ; Libby et al., 1998 ; Rutherford, Young, Hepburn et Rogers, 2007)

Dès lors, chez ces jeunes, en raison du développement particulier des habiletés de jeu et des habiletés sociales, le jeu devient un support à apprivoiser. Être capable de s'adonner à un jeu peut alors devenir un objectif de prise en soin puisque le jeu peut être lui-même au service des habiletés de jeu. De plus, derrière le jeu d'autres objectifs se dessinent. En effet, chez les enfants neurotypiques, le jeu est aussi un support relationnel et vise donc la compétence sociale. Mais est-il envisageable de viser cet objectif relationnel par le biais du jeu avec les enfants TSA ? Pour que cela soit le cas il faudrait que dans un premier temps ces enfants aient au préalable des aptitudes au jeu.

4. L'acquisition des habiletés de jeu

L'enfant TSA peut apprendre à jouer de différentes façons. Plusieurs études, comme celle de Sancho et al. (2010), ont montré que la modélisation vidéo associée à une description verbale est une stratégie efficace pour enseigner les aptitudes au jeu. Néanmoins, il est nécessaire que l'enfant ait au préalable certaines compétences. Il doit être attentif et avoir une capacité à s'adapter à la situation. D'autres études, comme celle de Liber et al. (2008), ont mis en évidence que les stratégies d'incitation systématique étaient tout aussi efficaces. La formation à la réponse pivot, si nous nous rapportons à plusieurs études, comme celle de Thorp et al. (1995), se veut aussi bénéfique. S'appuyer sur des intérêts restreints, est tout autant une façon efficace de procéder comme le démontre l'étude de Baker (2000). Sinon, la formation au script, étude de Goldstein et Cisar (1992), et les histoires sociales, étude de Barry et Burlew (2004), sont pareillement des stratégies favorables à l'acquisition d'aptitudes au jeu. Par ailleurs, certaines de ces stratégies doivent être combinées pour que leur effet soit positif.

Par le biais de ces études, nous remarquons alors que les enfants TSA sont sensibles à l'intervention directe par le jeu si l'environnement est structuré pour l'enseignement des aptitudes au jeu. Ainsi, en apprenant à jouer, l'enfant TSA acquiert des aptitudes de jeu. Ces dernières permettent alors à ces enfants d'interagir positivement avec leurs pairs ayant un développement neurotypique (Goldstein et Cisar, 1992 ; Stahmer, 1995 ; Thomas et Smith, 2004). D'ailleurs, l'enseignement précoce d'aptitudes au jeu peut favoriser l'établissement de relations positives avec les pairs et donc engendrer des comportements appropriés (van Berckelaer-Onnes, 2003). Aussi, l'enseignement de ces aptitudes dans un environnement écologique avec des pairs peut directement améliorer les interactions des enfants TSA, en plus d'engendrer un maintien et une généralisation de ces aptitudes (Liber et al., 2008).

D'autre part, chaque enfant porteur de TSA est unique dans sa symptomatologie et ses aptitudes. Il est donc important de considérer ses capacités de développement afin d'identifier ses compétences de jeu cibles. Cela est dans le but de lui faire apprendre rapidement de nouvelles compétences, qu'il s'engage spontanément dans un jeu, et qu'il généralise les compétences apprises à de nouveaux jeux (Lifter et al., 2005). Les professionnels qui interviennent auprès de cette population, comme les ergothérapeutes, sont alors à même d'identifier ces compétences. Mais qu'en est-il du cadre thérapeutique ?

Les différentes méthodes d'accompagnement à travers le jeu

Les enfants TSA ont des intérêts restreints et des modèles de comportement stéréotypés et répétitifs qui peuvent impacter leurs capacités de jeu (Blanc, Adrien, Roux, et Barthélémy, 2005 ; Boutot et al., 2005 ; Holmes et Willoughby, 2005 ; Libby, Powell, Messer et Jordan, 1998 ; Lydon, Healy, Leader, 2011 ; MacDonald, Sacramone, Mansfiel, Wiltz et Ahearn, 2009 ; Machalicek et al., 2009 ; Stahmer, 1999 ; Thomas et Smith, 2004). Mais ils ont aussi d'étonnantes capacités dans les domaines moteur et visuospatial (Ziviani, Boyle et Rodger 2001). Ainsi, malgré leurs difficultés pour les jeux sociaux, l'utilisation du jeu et de matériels de jeu attirants sont une première méthode d'accompagnement. Cela permet de susciter leur désir d'exploration de l'environnement et de maîtrise des habiletés interpersonnelles (Gayle et Magill-Evans 1994). L'utilisation du jeu est donc favorable au développement de telles habiletés chez les enfants neurotypiques comme chez les enfants autistes.

Le jeu est alors un moyen thérapeutique dans la prise en soin des enfants porteurs d'un TSA. Mais avant tout son accès est indispensable. Ensuite, il peut être l'outil majeur d'une méthode éducative et comportementale validée ou non par la HAS. Il peut aussi être l'un des outils mobilisés par les divers professionnels aux cours de leurs accompagnements.

1. Une méthode validée par la Haute Autorité de Santé

1.1. DENVER

Le modèle Denver, dit aussi ESMD, ce qui signifie Early Start Denver Model, est une approche associant le jeu et des concepts développementaux, relationnels, comportementaux et d'apprentissage. Cela dans le but de proposer une intervention surtout adaptée aux enfants âgés de 12 à 48 mois à risque d'autisme ou dont le TSA est diagnostiqué. Dans ce dernier cas, logiquement, une prise en soin immédiate est effectuée. C'est alors à cette exigence éthique que répondent les programmes d'interventions dédiés aux très jeunes enfants avec TSA.

Ce modèle revêt plusieurs caractéristiques qui sont les suivantes :

- C'est une des seules approches qui est validée par le biais d'une étude randomisée et contrôlée par les équipes de Geraldine Dawson et Sally Rogers ;
- Il intègre les parents, et plus généralement la famille pour susciter une attitude réceptive et sensible dans la relation avec l'enfant. Cela a aussi pour but de généraliser les acquisitions de l'enfant, d'homogénéiser son développement psychologique et d'améliorer son adaptation socio-émotionnelle. La co-construction avec les parents permet aussi d'agir directement sur l'isolement social et le développement altéré ;
- Il reprend aussi des principes de la méthode Applied Behavioral Analysis (ABA) concernant le Pivotal Response Treatment (PRT), qui signifie l'entraînement aux réponses pivots en français. Cela englobe l'initiation et le maintien de l'attention conjointe, la communication, la relation affective, l'expression émotionnelle, etc. Le PRT est alors attaché à l'utilisation de renforçateurs naturels, à la prise en compte des intérêts de l'enfant et de ses choix d'activités, à l'alternance entre les compétences acquises et celles naissantes, au partage avec l'enfant du contrôle à propos du matériel et des interactions. D'ailleurs, plusieurs études ont prouvé que ce programme permet une amélioration significative de ces domaines pivots et une homogénéisation globale des compétences ;

- Il est naturaliste, c'est-à-dire qu'il est transposable dans l'ensemble des environnements naturels de l'enfant TSA ;
- Finalement, il est généraliste, cela signifie qu'il est animé par une équipe pluriprofessionnelle dans le but de relever et d'agir sur les divers domaines développementaux qui dysfonctionnent.

Sinon, avant son utilisation, la grille d'évaluation « Liste de contrôle des compétences », provenant de l'anglais « curriculum checklist », est administrée afin de déterminer les compétences de l'enfant à construire et définir les objectifs d'apprentissage sur 12 semaines renouvelables. C'est après que des séances cadrées par des jeux sociaux dyadiques sont programmées. De plus, des séances de groupe peuvent avoir lieu. Dans ce cas, il augmente les capacités cognitives, adaptatives et sociales. Dès lors, par le biais du modèle DENVER, modèle qui peut être utilisé par les ergothérapeutes et dont le principal et seul support est le jeu, les habiletés sociales sont développées.

2. Les méthodes non validées par la Haute Autorité de Santé

2.1. GREENSPAN

La méthode Greenspan, dite aussi Floor-Time, est une thérapie par le jeu qui permet à l'enfant d'interagir avec son entourage lorsqu'il exerce ses activités quotidiennes. Son principal objectif est de susciter une communication réciproque menée par l'enfant plutôt que par autrui. Pour ce faire, l'enfant TSA vaque à ses activités quotidiennes – sans structuration imposée – et ce sont ses parents ou son (ergo)thérapeute qui s'immiscent dans son monde.

La thérapie se déroule par intervalles de 20 minutes ; 20 minutes d'exercices pour 20 minutes de pause. Ces temps s'allongent au fur et à mesure que l'enfant s'habitue.

Cette thérapie se divise en 5 étapes :

- **Observations perspicaces et précises** : pour déterminer le niveau actuel de fonctionnement de l'enfant. Ses expressions verbales et non verbales, ses attitudes, ses mots, son intérêt du moment, etc., sont autant de choses qui vont aider à identifier la meilleure façon de s'introduire dans son monde.
- **Déterminer la meilleure approche** : dans un but de susciter une communication avec l'enfant.
- **Se laisser guider par l'enfant** : devenir son partenaire de jeu tout en lui laissant le choix des mises en scène. Cela a pour but de renforcer son estime de soi et de lui donner le sentiment d'être compris.
- **Pousser le jeu plus loin** : en posant des questions, en faisant des commentaires, en introduisant des obstacles et des problèmes, etc.
- L'enfant doit **fermer le cercle de communication** (préalablement ouvert par l'accompagnant) : en apportant des réponses aux questions, en émettant des commentaires, en résolvant des problèmes qui ont été imaginés.

La méthode se veut en fait aidante auprès de l'enfant. Elle cherche à ce qu'il devienne plus attentif à ce qui l'entoure, qu'il soit plus flexible aux changements imposés, qu'il prenne plus d'initiatives dans ses interactions, qu'il tolère davantage la frustration et qu'il prenne du plaisir à apprendre. De ce fait, l'enfant apprend par l'intermédiaire de ses jeux et décide de quand l'autre peut s'introduire dans son monde. La thérapie est alors centrée sur l'enfant et

est holistique. De plus, ne nécessitant pas le langage, elle peut aussi s'appliquer avec des enfants non-verbaux.

2.2. Méthode des 3i

La méthode développementale dite Individuelle, Intensive et Interaction (méthode des 3i) est basée sur le jeu et la relation enfant/adulte. Elle tient aussi compte des spécificités sensorielles de l'enfant TSA et intègre les parents qui sont alors les coordonnateurs de la prise en soin.

Cette méthode repose sur plusieurs paramètres (respect du rythme de l'enfant, de son développement, de ses intérêts, etc.), mais le plus important est la dimension ludique. Ainsi, le jeu spontané devient le moyen qui soutient les échanges avec l'enfant. L'enfant s'adonne donc à ce type de jeu, et le principe est de le suivre dans son jeu, de le partager afin d'interagir avec lui par le biais de l'attention partagée et du plaisir. L'imitation est alors importante puisque selon les travaux de Nadel, elle permet à l'adulte d'entrer en contact avec l'enfant. L'objectif est alors que l'enfant découvre le plaisir d'échanger, de partager ses expériences.

De plus, la méthode s'intègre dans un cadre protégé avec une structuration temporo-spatiale. Ainsi, les particularités de traitement sensoriel, les spécificités neurosensorielles (vestibulaires) sont prises en compte et l'environnement est prévu de telle sorte à ce qu'il soit le plus prévisible et adapté. Ce cadre constitue alors dans un premier temps le lieu de prise en soin. Une fois qu'un stade développemental sera atteint, le cadre sera élargi (milieu scolaire, sorties).

Par ailleurs, la méthode se déroule dans le cadre familial. En effet, ce sont des membres de la famille (parents, grands-parents) et des bénévoles formés et choisis par les parents qui dispensent l'intervention au cours de la journée. Aussi, son caractère se veut « intensif ». Effectivement, pour répondre au besoin fondamental d'étayage de l'enfant TSA, il est nécessaire qu'une tierce-personne l'accompagne sans cesse dans ses expériences et l'aide à apprivoiser ses ressentis et émotions.

L'intervention 3i est en fait organisée en trois phases ; phases qui dépendent de l'âge développemental de l'enfant :

- Phase 1 (0 à 18 mois) : intervention concentrée sur des jeux et des échanges sensoriels simples avec peu d'objets. Le but est de permettre à l'enfant de découvrir son corps et l'existence distincte d'une autre personne.
- Phase 2 (18 à 36 mois) : attention de l'enfant tournée vers le monde à l'extérieur de la salle de jeux. Emergence d'un langage significatif et accès à un jeu symbolique.
- Phase 3 (supérieur à 36 mois) : apparition du désir d'apprendre de manière consciente. Avec l'introduction progressive dans un établissement scolaire normal puisque l'enfant a désormais des compétences d'apprentissage et relationnelles avec ses pairs.

Finalement, l'étude rétrospective de Claire Favrot-Meuniera, Yann Saint-Georges Chaumetb, Catherine Saint-Georges a démontré que les enfants TSA qui ont bénéficié de cette méthode avaient fait des progrès dans le domaine de la communication et de la socialisation. Ce qui a mené à une réduction de l'intensité du TSA. Ainsi, l'hypothèse que cela vient des paramètres de la méthode peut être faite. Mais il n'est pas possible de l'affirmer formellement en raison de l'absence d'un groupe témoin bien que les parents attestent que les progrès de leur enfant soient en lien avec ceux-ci. C'est pourquoi, cette méthode n'est actuellement pas validée par la HAS et mérite de faire l'objet d'autres études.

3. Les divers types de jeu

Maintenant que les diverses méthodes éducatives et comportementales qui s'appuient sur le jeu ont été décrites, nous allons mettre en évidence que tout type de jeu peut être un support relationnel de l'enfant TSA avec sa fratrie à partir du moment où cet enfant a les habiletés de jeu pré-requises. Pour ce faire, nous allons décrire les quatre catégories de jeu construites en fonction de la complexité cognitive ; cela suit donc le développement neurotypique de l'enfant.

3.1. Le jeu d'exercice sensori-moteur ou fonctionnel

La littérature souligne la relation entre les difficultés de traitement, d'intégration sensoriels et la réalisation des activités de la vie quotidienne (dormir, s'habiller, manger, etc.), la participation à des jeux et à des activités de loisirs et scolaires (Chien, Rodger, Copley, Branjerdporn, & Taggart, 2016 ; Mazurek & Petroski, 2015 ; Miller Kuhaneck & Britner, 2013). D'ailleurs, l'incidence de troubles au niveau des processus sensoriels est plus élevée chez les enfants porteurs de TSA, elle environne les 56-70% (Baranek, David, Poe, Stone, & Watson, 2006 ; Ben-Sasson et al., 2007).

Afin d'agir sur ces difficultés présentes chez les enfants TSA, l'Intégration Sensorielle (IS), plus particulièrement le protocole Ayres Sensory Integration (ASI) est mobilisé lors des prises en soin. L'ASI est en fait une approche développée aux Etats-Unis par l'ergothérapeute Jean Ayres à partir de la fin des années 1960. Elle cible la régulation et la perception sensorielle (réagir et appréhender de façon adaptée les sensations et mieux les interpréter) et les composants sensori-moteurs (schéma corporel, contrôle postural, coordination bilatérale et triade de la praxie : idéation – planification – exécution motrice) par le biais de situations de jeu avec des manipulations exploratoires d'objets. Ces situations de jeu qui se veulent souples pour respecter l'enfant et ses besoins, et ludiques pour susciter sa motivation et son engagement sont construites de façon à solliciter et défier diverses compétences (modulation et discrimination sensorielle, résolution de problèmes, et développement d'idées, de nouveaux plans moteurs, de comportements adaptatifs).

Cette approche a fait l'objet de plusieurs études. Notamment celle de niveau I de Dunvar, Carr-Hertel, Lieberman, Perez et Ricks datant de 2012. Cette dernière a fait état d'une étude contrôlée randomisée (ECR) comparant l'efficacité de l'ASI à une classe intégrée avec activités sensorielles. Les auteurs ont alors mis en évidence que pour chaque groupe, les aptitudes au jeu, mesurées par l'échelle de jeu préscolaire révisée de Knox, ont été améliorées. D'autres études de niveau I, comme celle de Pfeiffer et al. (2011), Schaff et al. (2014), ont permis de démontrer que l'ASI a un effet positif sur la motricité fine, les comportements autistiques, les activités d'auto-soins, le fonctionnement social. D'ailleurs, en mai 2020, le rapport du *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team* présente cette approche comme étant une pratique probante. Son efficacité est donc confirmée auprès des enfants avec TSA. Sa pratique en ergothérapie à la suite d'une formation est alors validée scientifiquement et reconnue dans la prise en soin de l'enfant TSA.

3.2. Le jeu de construction

Pour ce qui est du jeu de construction, une étude mobilisant le jeu LEGO a prouvé l'effet positif de ce support dans le développement des habiletés sociales.

Effectivement, ce jeu qui attire les enfants TSA permet d'agir sur trois composantes en rapport aux compétences de communication et de relation aux autres. Il s'agit de la motivation à initier un contact social avec les pairs, la capacité à maintenir une interaction avec les pairs pendant un certain temps, et du dépassement des symptômes autistiques de distanciation et de rigidité. De ce fait, le jeune recherche le contact social avec son partenaire, la durée d'interaction augmente et des comportements propres au TSA s'amointrissent. Ces constats ont pu être faits par le biais d'observations et de bilans (sous-échelle Social Interaction (SI) du Gilliam Autism Rating Scale (GARS)).

De plus, dans un tel contexte de jeu, les interactions sont enrichies et favorisées que ce soit entre un enfant TSA et un pair semblable, ou entre un enfant TSA et d'autres pairs telle que la fratrie. Mais pour en arriver là, il a fallu alterner entre des séances individuelles et de groupe. Les séances individuelles ont permis de réajuster les comportements défailants au cours des séances de groupe.

Par ailleurs, le Topobo, un autre jeu de construction, a aussi eu des conséquences positives sur les interactions avec autrui et sur les compétences sociales. Il a en plus permis d'améliorer le jeu en parallèle et de diminuer le jeu solitaire.

3.3. Le jeu symbolique ou de simulation

Concernant le jeu symbolique, soit le jeu de faire semblant, lorsque nous nous rapportons à l'étude de Romuald Blanc, Jean-Louis Adrien, Sylvie Roux, Catherine Barthelemy, il est indiqué que c'est le jeu le moins investi chez les enfants TSA par rapport aux jeux sensori-moteurs et fonctionnels en situation de jeu libre.

Pour diminuer les manipulations sensori-motrices et le nombre d'actes fonctionnels au profit du jeu symbolique, il est alors nécessaire que l'enfant soit guidé par un adulte. D'ailleurs, dans cette situation de communication semi-structurée par l'adulte, les enfants TSA qui ont un profil de développement altéré en ce qui concerne les interactions sociales, l'attention conjointe et la régulation des comportements, dévoilent des compétences de niveau de développement supérieur. De ce fait, l'étayage de l'adulte améliore la qualité du jeu. Celui-ci devient alors plus stable, mieux organisé et d'un niveau développemental plus élevé (Blanc *et al.*, 2002).

Aussi, l'enrichissement de la fonction de symbolisation par le biais de pratiques thérapeutiques centrées sur le jeu symbolique aurait un retentissement sur le développement de la communication. D'ailleurs, en 2012, c'est Kasari qui a montré l'intérêt d'une approche ciblant le jeu symbolique et l'attention conjointe chez les enfants TSA ayant un trouble du développement intellectuel.

3.4. Le jeu de règle

Les jeux de règle, quant à eux, rassemblent les jeux de société, vidéos, créatifs et sportifs.

Concernant les jeux de société, l'étude d'Oppenheim-Leaf et al (2012) a mis en évidence que les enfants TSA peuvent participer à des jeux de société si d'autres ont été préalablement appris. En effet, deux jeunes TSA âgés de 5 et 7 ans, après l'apprentissage des règles et étapes de trois jeux de société et de carte (Go Fish, Uno, Yahtzee Junior) par le biais de modèles, de jeux de rôles et d'un système de jetons, ont sauvé la bonne exécution des étapes de jeu. Ainsi, ils peuvent réinvestir des jeux de société avec leurs pairs après explication de ces jeux.

D'autre part, par définition, le jeu vidéo est un « jeu électronique doté d'une interface utilisateur permettant une interaction humaine ludique en générant un retour visuel sur un dispositif vidéo »(2). Ainsi, le jeu de puzzle collaboratif sur interface activé par le toucher technologique fait partie de la catégorie jeux-vidéos. Ce jeu en question a été le support d'une étude menée en 2012 par Ayelet Ben-Sasson, Liron Lamash et Eynat Gal. Cette étude impliquait des jeunes TSA âgés de 8 à 11 ans sans troubles du développement intellectuel, certains avaient d'ailleurs un profil d'autisme de haut niveau. Ils jouaient en dyade avec des pairs neurotypiques. Deux modes de jeu ont été analysés : le mode libre et le mode collaboration forcée. En mode libre, les enfants qui formaient la dyade pouvaient déplacer les pièces du puzzle de manière indépendante. En mode collaboration forcée, les enfants devaient obligatoirement déplacer les pièces ensemble. Ainsi, pour atteindre l'objectif mutuel de finir le puzzle, les enfants devaient physiquement et mentalement négocier, collaborer, donc former une équipe. Ils devaient donc adopter des comportements prosociaux complexes et coopératifs. Or, ces comportements sont source de difficultés pour les enfants TSA (Bauminger et al., 2008b ; Sigman et al., 1999 ; Stone et Caro-Martinez, 1990). C'est alors le mode collaboration forcée qui guidait les jeunes pour qu'ils interagissent davantage et atteignent l'objectif commun ; les comportements sociaux positifs étaient majorés.

4. La pratique en ergothérapie

Les professionnels qui suivent les enfants TSA, notamment les ergothérapeutes, sont alors amenés à utiliser des méthodes éducatives et comportementales dont le support principal peut être ou non le jeu. A cela s'ajoute la mobilisation de jeux. Le choix de ces derniers dépend alors du profil de l'enfant. La notion de plaisir est aussi primordiale dans le choix puisque c'est l'une des caractéristiques que le jeu doit revêtir. Ce choix se fait donc en fonction des capacités des jeunes, de leurs intérêts et de leur possibilité d'être expérimenté. Sinon, les jeux peuvent aussi être réadaptés afin qu'ils soient en accord avec les aptitudes de l'enfant TSA et qu'il puisse par exemple les partager avec ses pairs.

D'ailleurs, l'ergothérapie, avec l'orthophonie, sont les thérapies les plus fréquemment sollicitées avec les enfants porteurs de TSA (McLennan, Huculak et Sheehan, 2008). Le jeu étant une activité source de motivation, c'est le support sur lequel s'appuient les ergothérapeutes pour résoudre les difficultés rencontrées par les enfants TSA (Ashburner, Rodger, Ziviani & Jones, 2014). Par le biais de cadres d'intervention motivants, les ergothérapeutes aident alors les enfants à participer et à s'engager dans leurs activités de vie quotidienne, mais aussi dans les tâches d'auto-assistance, l'éducation, les loisirs, le jeu et la participation sociale. A cela vient s'ajouter l'utilisation de diverses méthodes éducatives et comportementales validées par la HAS. Chez les enfants communicants verbaux et sans troubles du développement intellectuel il s'agit de ABA, dite aussi LOVASS, Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren (TEACCH), ou bien DENVER qui a précédemment été décrite.

A propos de la méthode comportementale ABA, elle use de techniques de conditionnement et de renforcement afin d'aider l'enfant à acquérir de nouveaux comportements ou modifier, gérer ceux qui existent déjà. Cela est dans un but d'autonomisation de l'enfant et d'intégration dans la société. Son objectif est alors de faire progresser naturellement l'enfant TSA dans ses apprentissages en s'appuyant sur les relations entretenues avec son environnement. Ainsi, l'un des objectifs éducatifs visé est l'apprentissage d'habiletés à jouer de manière appropriée.

Pour ce qui est de la méthode cognitive TEACCH, elle propose à l'enfant TSA un environnement cadré, structuré et adapté. Pour ce faire, des repères temporels et visuels sont mis en place et l'espace est construit de façon qu'il soit aidant au quotidien et qu'il favorise la confiance et l'autonomie. L'objectif est donc de mettre à disposition de ces enfants des moyens adaptés à leurs besoins leur permettant d'apprendre, de comprendre et de communiquer ; les attentes de la famille sont aussi prises en compte. Les habiletés sociales sont d'ailleurs un des principaux thèmes abordés pour l'établissement d'un programme de travail individualisé.

D'autre part, si nous nous rapportons au troisième paradigme de l'ergothérapie, nous remarquons que l'environnement (matériel et physique) est une donnée à laquelle les ergothérapeutes sont attachés. De ce fait, ils interviennent auprès du jeune mais aussi de ses parents en les formant et les accompagnant afin qu'ils puissent continuer à aider leur enfant à développer des compétences essentielles à la maison et dans d'autres environnements (Case-Smith & Arbesman, 2008 ; Lang, Machalicek, Rispoli & Regester, 2009).

Néanmoins, l'étude de El-ghoroury et Romanczyk (1999) a montré que les parents peuvent parfois trop s'impliquer dans l'accompagnement de leur enfant en jouant davantage avec lui et en mettant à l'écart la fratrie sans le vouloir. Ils cherchent en fait à compenser la situation de handicap de leur enfant par l'initiation de plus de jeux. Or, l'enfant TSA initie normalement plus d'interactions envers sa fratrie qu'envers ses parents. Il y a alors des objectifs thérapeutiques qui peuvent se rapporter au domicile familial. Celui d'inviter les parents à laisser leur enfant en situation de handicap initier plus d'interactions en intervenant moins, et celui de permettre les interactions au sein de la fratrie.

Par ailleurs, lors du suivi en ergothérapie, l'apprentissage de nouvelles compétences ou le développement de compétences déjà présentes met en évidence l'atteinte des objectifs co-construits avec la famille. Or, il n'est pas toujours aisé de transposer ces compétences acquises en séance au domicile de l'enfant TSA. Ainsi, nous pouvons nous poser la question de l'existence d'une méthode privilégiée d'utilisation du jeu avec les enfants TSA qui aurait un effet sur le développement/maintien des habiletés sociales avec les pairs familiaux ?

Problématique

Les différentes études ont alors permis de mettre en évidence que les particularités des enfants ayant un TSA engendrent diverses conséquences sur le système familial. C'est d'abord le sous-système parental qui en pâti. Puis c'est le sous-système de la fratrie qui est impacté par la manière dont les parents sont affectés par la situation familiale qui est doublement déséquilibrée. Ce n'est que dans un second temps que ce sont les particularités de l'enfant TSA qui ont directement un effet sur le vécu de la fratrie dans laquelle il s'inscrit. Lorsque nous parlons de particularités nous faisons notamment référence aux difficultés de communication et relationnelles. C'est à cet instant que nous nous questionnons sur l'existence d'un éventuel support qui permettrait de rapprocher la fratrie.

C'est alors le jeu qui apparaît comme support privilégié. En effet, son accès aux enfants est obligatoire et un de ses effets est d'ordre social. Or, les enfants TSA ont une autre particularité, celle d'avoir des habiletés de jeu qui se développent différemment par rapport à celles des enfants neurotypiques. Cependant, il existe des recherches qui attestent que l'enseignement direct et systématique des compétences de jeu peut favoriser plusieurs aptitudes de jeu (fonctionnel, symbolique, sociodramatique...). Ainsi, le jeu se verrait réattribué sa fonction sociale même avec les enfants TSA. Néanmoins, les recherches dont le sujet porte sur la manière la plus appropriée d'enseigner le jeu et de jouer avec les enfants porteurs de TSA restent peu nombreuses à ce jour. Ce sujet est alors à explorer, d'autant plus que Arntzen et al, Baker, Oppenheim-Leaf ont émis l'idée que « Teaching game skills may facilitate the engagement in classroom activities with peers for young children who have limited communication skills and a limited play repertoire ». De plus, selon Baker, Jung et Sainato, Oppenheim-Leaf et al. : « Augmenting play skills may encourage children to share common activities and develop comparable play behaviors ».

Les seules certitudes que nous pouvons relever dans la littérature en termes d'accompagnement sont qu'ils doivent être les plus précoces possible, individualisés, structurés. De plus ils doivent être construits sur des objectifs hiérarchisés et spécifiques à l'enfant établis à partir d'une évaluation fonctionnelle. Au cours de cette évaluation, les besoins et ressources individuelles de l'enfant et de sa famille en générale sont prises en compte. Enfin, ils doivent se composer d'actions étendues aux différents milieux de vie dans le but de favoriser la généralisation des acquis. Aussi, la communication spontanée doit être encouragée et les compétences promues par le biais du jeu avec les pairs. Mais dans un premier temps, comment est-il possible d'agir sur les compétences sociales au travers de l'activité jeu ?

De ces constats il en ressort donc la problématique suivante :

« Comment le jeu utilisé en ergothérapie avec un enfant TSA communicant verbal et sans troubles du développement intellectuel devient-il un support relationnel avec les pairs familiaux au quotidien ? »

A partir de cette problématique, nous en venons à formuler plusieurs hypothèses :

- Hypothèse 1 : le jeu devient un support relationnel à condition qu'il revêt des caractéristiques bien particulières d'utilisation au cours des séances d'ergothérapie.
- Hypothèse 2 : le jeu devient un support relationnel si les compétences acquises en séances d'ergothérapie peuvent être transférées en milieu écologique avec les pairs familiaux dans le cas où ils sont considérés.

Méthodologie

1. Le schéma d'étude

Pour répondre au mieux à la problématique nous avons choisi de mener une étude observationnelle sur les pratiques professionnelles de l'ergothérapeute. Cette méthodologie semblait la plus pertinente en termes de résultats puisqu'elle permettait de relever des informations sur les prises en soin des usagers sans pour autant les modifier.

2. La population d'étude

L'étude s'adressait initialement à des ergothérapeutes exerçant principalement en France auprès d'une population pédiatrique, plus spécifiquement auprès d'enfants ayant un TSA. Mais pour agrandir l'échantillon de la population, nous avons déployé le questionnaire à tous les ergothérapeutes.

Ainsi, les critères d'inclusion suivants ont été fixés :

- Être un ergothérapeute intervenant dans le domaine de la pédiatrie,
- Appartenir à une structure et/ou exercer en libéral,
- Accompagner des jeunes TSA âgés de 0 à 20 ans,
- Accompagner des jeunes TSA communicants verbaux et sans troubles du développement intellectuel, ou
- Accompagner des enfants ayant un autisme de haut niveau

De la même manière, nous avons apposé le critère d'exclusion qui suit :

- Accompagner exclusivement des jeunes TSA non communicants verbaux et avec des troubles du développement intellectuel

Ce choix de profil bien spécifique a été fait en fonction des constatations épidémiologiques de la HAS. En effet, il a été révélé que la proportion de personnes avec des TED sans retard du développement intellectuel avait augmenté. Cela concernait alors le TSA puisqu'il comptait parmi ces TED. Plus précisément, il a été repéré que la prévalence des TED était de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Mais aussi, que la prévalence des TED avec trouble du développement intellectuel était de 2 à 3 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Cela mettait en évidence que les profils sans troubles du développement intellectuel tendaient à être plus nombreux que ceux avec troubles du développement intellectuel. Le but de cette sélectivité était alors que l'étude se rapproche au plus près de la réalité d'aujourd'hui, qu'elle apporte des réponses à propos des profils les plus rencontrés afin de toucher un public plus large.

De ce fait, pour s'assurer d'obtenir des informations exploitables, nous nous étions directement adressés à des ergothérapeutes pratiquant auprès de jeunes TSA au sein de services et structures spécialisées ou non sur l'autisme, de type Centres de Ressources Autisme (CRA), Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), Institut Médico-Educatif (IME), etc. La pratique libérale était aussi prise en compte.

3. L'outil d'étude

La création d'un questionnaire (Cf. Annexe II « Questionnaire ») à partir du logiciel Sphinx a alors permis de collecter les données qui nous intéressaient. Ce questionnaire se composait de 19 questions pour les ergothérapeutes qui n'utilisaient pas de supports de jeu au cours des accompagnements. Pour les ergothérapeutes qui usaient de ces supports de jeu, il se composait de 30 questions. Une seule question était ouverte. Sinon ce n'était que des questions fermées avec plusieurs réponses possibles, dont la réponse « autre ». Cette réponse « autre » permettait de donner une certaine liberté de réponse, surtout qu'il était possible que nous n'ayons pas pensé à toutes les éventualités. Aussi, la plupart des questions avaient l'option « réponse obligatoire » car une réponse était indispensable pour l'analyse qui suivait. D'autre part, les questions étaient décomposées en trois parties. Chacune des parties avait des objectifs spécifiques que nous allons décrire ci-contre.

3.1. Identité des professionnels

Les premières questions, soit les questions 1 à 5 portaient sur l'identité des professionnels. Elles permettaient d'identifier l'identité de l'ergothérapeute à qui nous nous adressions et qui avait pris le temps de répondre au questionnaire. Le temps de passation était d'ailleurs d'environ cinq minutes.

Ainsi, nous savions si l'ergothérapeute était une femme ou un homme, son âge, depuis combien de temps et où il exerçait.

Dès lors, au cours d'une analyse précise des réponses, soit questionnaire par questionnaire, cela permettait de mettre en évidence si le profil du thérapeute et l'organisation de la structure à laquelle il était rattaché étaient en lien avec sa pratique.

Les questions qui suivaient, c'est-à-dire les questions 6 à 11 étaient aussi en lien avec l'identité des professionnels. Mais cette fois il s'agissait d'une identité de pratique. En effet, ces questions avaient pour but d'identifier si l'ergothérapeute travaillait en collaboration avec d'autres professionnels impliqués dans le suivi des jeunes. Elles permettaient aussi d'identifier le profil global des usagers que les thérapeutes accompagnaient. C'est donc dès les premières réponses qu'un questionnaire pouvait être rejeté s'il n'était pas en accord avec les critères d'inclusion relatifs au profil des jeunes TSA accompagnés. En plus, par le biais de ces questions, nous savions si les professionnels utilisaient une méthode éducative et comportementale en particulier, et si celles-ci incluaient le jeu.

De ce fait, une fois que les professionnels avaient répondu à la première partie du questionnaire, nous étions en mesure de cerner globalement leur profil ainsi que celui des usagers qu'ils prenaient en soin. Les techniques et supports de ces prises en soin étaient aussi en partie révélés.

3.2. Utilisation du jeu

La deuxième partie du questionnaire qui s'étendait de la question 11 à 22, concernait directement les modalités d'utilisation du jeu en ergothérapie. Elle ne s'adressait qu'aux professionnels ayant répondu « oui » à la question « Utilisez-vous des activités de type jeu lors de vos séances ? ». C'était alors un moyen d'affiner les paramètres d'utilisation du jeu. L'objectif, qui était l'un des deux principaux du travail de recherche, était alors de déterminer

la manière dont le jeu devrait être exploré pour qu'il remplisse un objectif relationnel. De cette façon, nous avons obtenu un certain nombre de données à propos du jeu. Cela allait de la sélection du type de jeu jusqu'à la perception de ses bénéfices.

Dès lors, cela permettait de compléter les informations des articles consultés puisqu'ils n'abordaient que partiellement la façon dont les jeux étaient mobilisés bien qu'ils mettaient en évidence que ces jeux avaient un effet sur le plan relationnel.

Par ailleurs, les différentes questions qui constituaient cette partie du questionnaire avaient été rédigées de façon à ne pas influencer les réponses des thérapeutes. C'est pourquoi, à la première question qui concernait les objectifs de l'utilisation du jeu, nous avons proposé des objectifs autres que la relation avec autrui. Les objectifs qui étaient listés étaient alors en partie ceux retrouvés dans le modèle ludique.

Néanmoins, pour réorienter une première fois les questions sur le versant relationnel, la question 19 traitait de l'utilisation du jeu au cours de séances de groupe. De cette manière, nous avons une information importante qui était directement axée sur le plan relationnel ; l'objectif social était davantage précisé.

La deuxième partie du questionnaire se terminait par la question 22 qui permettait alors de donner une échéance à l'objectif relationnel. Ainsi, cela mettait en évidence s'il était réalisable ou non en fonction des moyens – supports de jeu et paramètres d'utilisation de ces supports – mis en place.

3.3. Inclusion de la fratrie

La troisième et dernière partie du questionnaire se rapportait à l'environnement physique des jeunes. Plus particulièrement à la configuration de la fratrie dans laquelle les enfants TSA qui bénéficiaient d'un accompagnement ergothérapique s'inscrivaient. Cette partie était destinée à l'ensemble des répondants. C'est-à-dire que même si à la question « Utilisez-vous des activités de type jeu lors de vos séances ? », l'ergothérapeute répondait « non ». La deuxième partie du questionnaire ne s'affichait pas et il passait directement à cette dernière partie. Elle comprenait 8 questions. Soit les questions 12 à 19 ou 23 à 30 en fonction de la réponse à la question 10.

Au travers de cette partie, nous questionnions alors la taille de la fratrie, la place de l'enfant TSA, ainsi que la pratique de l'ergothérapeute autour de cette fratrie. En effet, nous avons interrogé l'importance qu'accordaient les thérapeutes à la fratrie, s'ils les intégraient au travers de groupes. Toujours dans un but de réorienter les questions sur le versant social, et dans ce cas directement au niveau de la fratrie, la dernière question ouvrait sur l'impact du jeu au quotidien, soit au domicile familial.

A ce moment, il apparaissait le second objectif principal, celui de déterminer comment les bénéfices du jeu se traduisaient au quotidien avec les frères et sœurs de l'enfant TSA, en plus d'identifier le niveau d'inclusion de la fratrie dans les prises en soin.

Finalement, la deuxième et troisième partie du questionnaire, directement en lien avec l'activité jeu et la fratrie – les deux sujets principaux de ce travail de recherche – ont été élaborées dans le but de questionner l'utilisation du jeu. Nous avons alors pu constater s'il était plus ou moins sollicité, voire pas du tout sollicité au cours d'un accompagnement qui viserait un objectif relationnel. Ainsi, en parallèle, nous avons pu identifier si les relations sociales faisaient partie des objectifs de suivi, si elles primaient sur d'autres critères, ou du

moins si elles constituaient un objectif. Si c'était le cas, nous avons pu noter la manière dont les professionnels se saisissaient du jeu pour qu'il revêt le caractère de support relationnel.

4. La démarche expérimentale

Pour bénéficier d'informations exploitables, en accord avec les exigences de la problématique, le questionnaire a été diffusé de plusieurs façons afin d'espérer avoir le plus de réponses possibles.

Dans un premier temps il a été diffusé par le biais des réseaux sociaux. En effet, nous avons posté une publication mentionnant le lien du questionnaire sur trois groupes de professionnels présents sur Facebook. Des relances ont été faites chaque semaine.

Dans un second temps, nous avons envoyé le lien du questionnaire par mail à des structures médico-sociales spécialisées ou non sur le sujet de l'autisme, de type SESSAD, IME, etc. Parfois par l'intermédiaire d'un CRA. Le même type de mail a aussi été adressé à des ergothérapeutes libéraux. En plus des mails envoyés, des appels ont été passés.

Les personnes éligibles sont donc au nombre de 14 000. Mais ce nombre a été nettement revu à la baisse puisque les groupes Facebook ne rassemblaient pas uniquement des professionnels. Des étudiants étaient aussi membres. De plus, parmi les ergothérapeutes, tous ne pratiquaient pas dans le domaine de la pédiatrie. Aussi, le domaine de la pédiatrie est bien plus large que les accompagnements d'enfants ayant un TSA.

D'autre part, au préalable, pour s'assurer de la pertinence du questionnaire, celui-ci était parvenu à l'ensemble des référents impliqués dans l'étude. C'est après avoir pris en considération leurs remarques que le questionnaire a pu être modifié et diffusé. Ces derniers ont donc été les éléments déclencheurs de la prise de contact avec les directeurs des diverses structures par le biais d'appels et de mails. Mais aussi des publications de postes au sein des groupes de professionnels inscrits sur les réseaux sociaux.

5. La procédure d'analyse des résultats

Une fois que les ergothérapeutes ont validé leur questionnaire, l'ensemble de ces questionnaires était recensé sur le logiciel Sphinx. Les résultats récoltés ont été analysés partiellement une première fois par le biais de l'onglet « résultats » présent sur ce même logiciel. Celui-ci faisait un récapitulatif, sous forme de tableaux, des diverses réponses à chaque question. Dans ces tableaux, il apparaissait des pourcentages et des effectifs. Le logiciel proposait aussi la modélisation de ces résultats sous forme de diagrammes circulaires ou en bâtons. Ensuite, une seconde analyse, cette fois approfondie, a été effectuée en exportant les résultats vers le logiciel Excel. Nous avons alors généré des graphiques à partir de tables de données pour que les résultats soient plus visuels. Il y avait deux types de graphiques : des diagrammes circulaires et des diagrammes en fréquence. L'ensemble des questions fermées a alors été analysé par le biais de calculs/ diagrammes en fréquence. Concernant la question ouverte, les réponses ont été traitées au travers de mots clés.

Finalement, le questionnaire a été envoyé à partir du 25 mars à un maximum de structures médico-sociales, de professionnels libéraux, de groupes de professionnels inscrits sur les réseaux sociaux. Des relances étaient effectuées pour espérer davantage de réponses. Puis nous avons clôturé l'enquête le 30 avril. Cette échéance d'un mois avait pour but de récolter suffisamment de résultats. Elle nous permettait aussi d'avoir assez de temps pour présenter les résultats, puis les analyser, et enfin en extraire des conclusions.

Résultats

A la suite de la diffusion du questionnaire, nous avons recensé 19 réponses. Toutefois, 4 de ces réponses ont dû être rejetées. En effet, la question en lien avec le profil des enfants TSA suivis le plus fréquemment avait la fonction de filtre ; elle permettait de s'ajuster aux critères de la problématique. Ainsi, tout ergothérapeute qui n'accompagnait pas d'enfants ayant un autisme de haut niveau et qui suivait principalement des enfants avec des troubles du développement intellectuel, qui ne communiquaient pas verbalement se voyait exclu de l'étude.

De ce fait, nous nous sommes appuyés sur les 15 réponses restantes pour la présentation des résultats. En premier lieu nous avons alors exposé l'identité des ergothérapeutes questionnés, puis le jeu et ses caractéristiques, et enfin la place des pairs dans la pratique ergothérapique.

1. Identité des ergothérapeutes questionnés

Dans la première partie du questionnaire nous avons porté de l'intérêt à l'identité personnelle et professionnelle des ergothérapeutes. Ainsi nous les connaissons mieux et nous savions quelles étaient leurs conditions de pratique.

1.1. Identité personnelle

Tout d'abord, par le biais de la question 1 « *Vous êtes :* », nous avons su que parmi les 15 ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire, il y avait 14 femmes et 1 homme. La « Figure 1 » montrait que la majorité avait au maximum 30 ans. En effet, un tiers avait moins de 25 ans, et un autre tiers avait entre 25 et 30 ans.

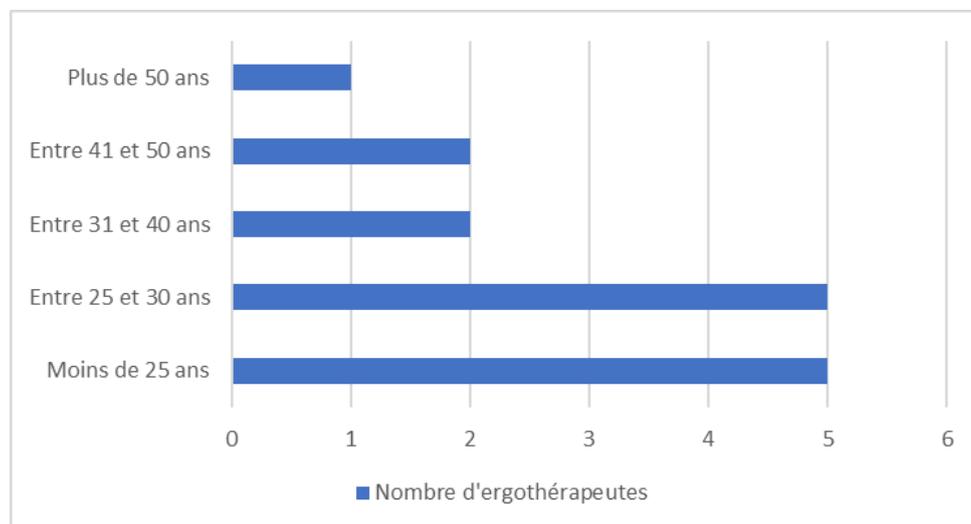


Figure 1 : Age des ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants TSA, n=15

La « Figure 2 » mettait en évidence qu'un des ergothérapeutes questionnés ne travaillait pas en France mais en Suisse. Du côté de la France, les ergothérapeutes sont représentés dans 8 des 13 régions de France métropolitaine. Les régions Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, deux régions limitrophes qui s'étendaient d'Ouest en Est, rassemblaient à elles seules la majorité des ergothérapeutes.

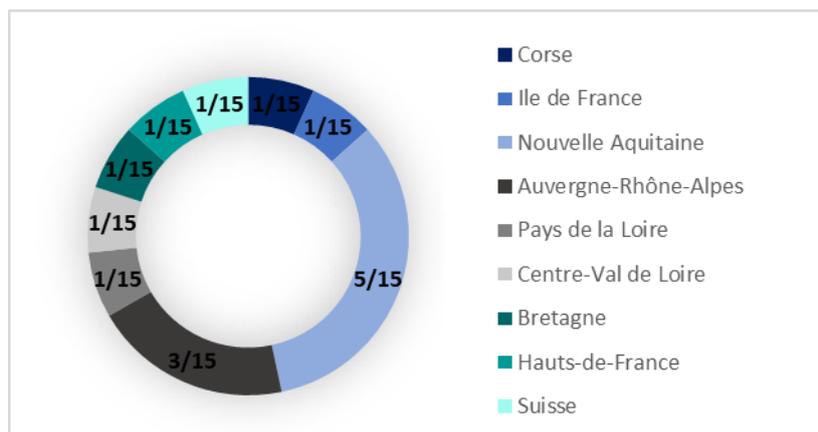


Figure 2 : Répartition géographique des ergothérapeutes, n=15

1.2. Identité professionnelle

D'autre part, en se rapportant à la « Figure 3 », nous remarquons que les deux tiers des ergothérapeutes exerçaient depuis moins de 3 ans dans le domaine de la pédiatrie.

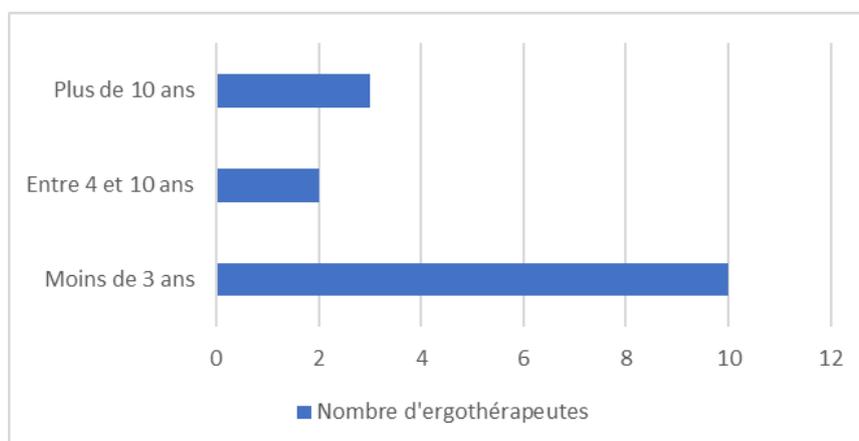


Figure 3 : Nombre d'années d'exercice dans le domaine de la pédiatrie, n=15

Ensuite, d'après la « Figure 4 » qui représentait les lieux d'intervention des ergothérapeutes, si nous distinguons l'intervention en structure et en libéral, nous remarquons que la plus représentée était celle en cabinet libéral. Avec 4 ergothérapeutes qui exerçaient exclusivement en libéral et 4 autres qui avaient une activité mixte. Un tiers des ergothérapeutes qui avaient une activité mixte intervenait aussi dans un SESSAD. Dans ce tiers, un pratiquait dans deux structures à la fois, soit un IME en plus d'un SESSAD. Un dernier couplait une activité de vacataire dans des structures qui accueillaient des enfants et des adolescents TSA et une activité libérale. Sinon, pour ce qui est de l'activité exclusivement en structure, c'est celle en SESSAD qui était la plus représentée avec 4 ergothérapeutes.

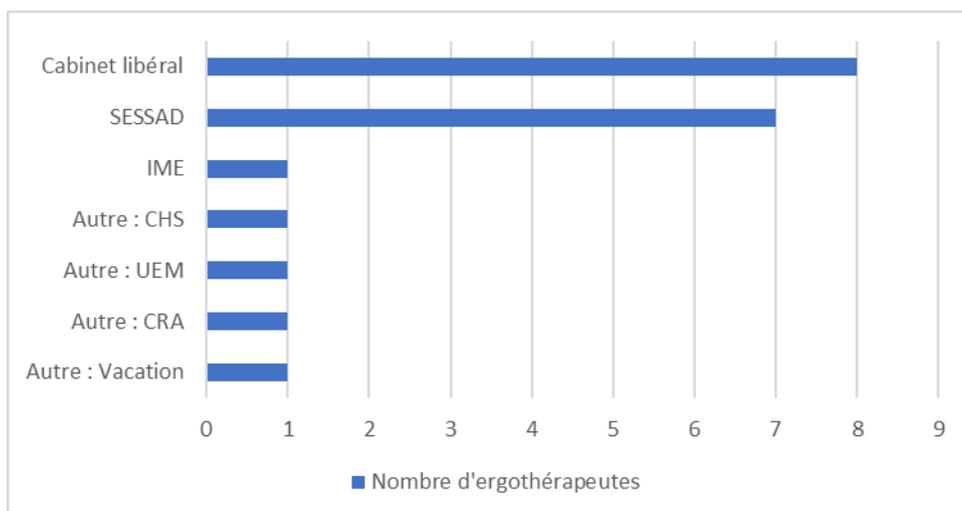


Figure 4 : Lieu(x) où interviennent les ergothérapeutes, n=15

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

IME : Institut Médico-Educatif

UEM : Unité d'Enseignement en Maternelle

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CRA : Centres de Ressources Autisme

Sinon, d'après les réponses à la question 6 « *Au sein de cette structure, travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels durant les suivis ?* », 14 des 15 ergothérapeutes travaillaient en collaboration avec d'autres professionnels. Celui pour lequel ce n'était pas le cas avait une activité libérale et exerçait en Suisse.

Concernant l'âge des jeunes TSA accompagnés, la « Figure 5 » mettait en lumière que la majorité avait en moyenne entre 6 et 12 ans. Sinon, un cinquième des enfants étaient en deçà de cette tranche d'âge. C'étaient alors les jeunes âgés de plus de 12 ans qui étaient les moins rencontrés en prise en soin.

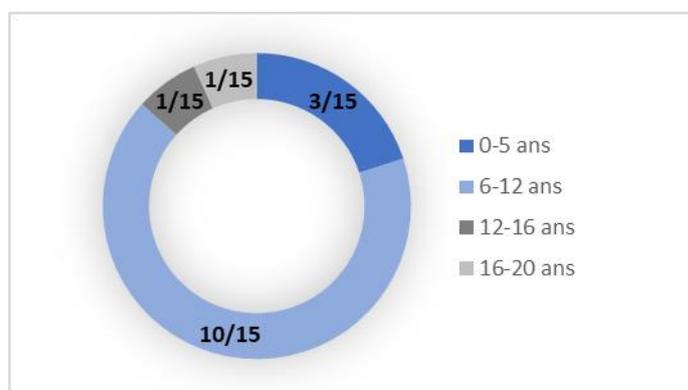


Figure 5 : Âge moyen des jeunes TSA accompagnés par les ergothérapeutes

Comme indiqué précédemment, seuls les ergothérapeutes qui accompagnaient des enfants TSA avec un profil en particulier voyaient leurs réponses retenues. Ainsi, à la question 8 « *Quel est le profil des jeunes que vous suivez le plus souvent ?* », il devait au moins y avoir les propositions/caractéristiques « *communicant verbal* » et « *sans trouble intellectuel* » sélectionnées. Si ce n'était pas le cas, l'accompagnement d'un enfant ayant un « *autisme de haut niveau* » permettait aux ergothérapeutes de faire partie de l'étude. Il se trouvait d'ailleurs que les jeunes qui communiquaient verbalement étaient les plus suivis (12/15) par rapport à ceux qui ne communiquaient pas verbalement (10/12). Aussi, la proportion des jeunes n'ayant

pas un trouble du développement intellectuel était égale à celle des jeunes ayant un trouble du développement intellectuel (7/15). L'autisme de haut niveau représentait lui aussi une large proportion des jeunes accompagnés (10/15). Sinon, des troubles neurodéveloppementaux associés (sensoriels, trouble dys-, TDAH...) étaient présents chez la majorité des jeunes qui bénéficiaient d'un suivi (13/15).

Enfin, la question 10 « *Utilisez-vous des activités de type jeu lors de vos séances ?* », a démontré que l'intégralité des ergothérapeutes questionnés proposaient des activités de type jeu aux jeunes TSA qu'ils accompagnaient. Ils s'appuyaient aussi uniquement sur des méthodes éducatives et comportementales validées par la HAS. C'est-à-dire la méthode TEACCH (11/15), ABA (10/15), PECS (9/15) et DENVER (4/15). Un professionnel exprimait d'ailleurs qu'il s'inspirait de ces méthodes par rapport aux besoins des jeunes, mais qu'il ne les appliquait pas selon les recommandations de la HAS. Sinon, un ergothérapeute mobilisait la thérapie d'échange et de développement (TED). A contrario, un des 15 professionnels n'utilisait aucune de ces méthodes.

2. Le jeu et ses caractéristiques d'utilisation

Dans la deuxième partie du questionnaire nous nous sommes intéressés aux pratiques des professionnels, soit à la pratique au travers du jeu comme ce support s'avérait être commun à tous.

2.1. Ses objectifs

La « Figure 6 » qui mettait en évidence les objectifs de l'activité jeu soulignait que les deux objectifs davantage visés par l'intermédiaire du jeu étaient la découverte et l'expression. La découverte, objectif qui n'était pas retrouvé seulement dans la pratique d'un des ergothérapeutes, consistait à faire prendre conscience d'une relation possible avec ses pairs en plus de permettre les apprentissages. Sur le plan de l'expression, objectif traité par 9 des ergothérapeutes, c'est la communication des sentiments, la relation aux autres qui étaient recherchées. Le plaisir, qui était indispensable pour qualifier un jeu comme ludique, était le troisième objectif le plus répandu dans les prises en soin. Il était au même niveau que l'objectif renforçateur, avec 7 ergothérapeutes sur 15 qui l'ambitionnaient.

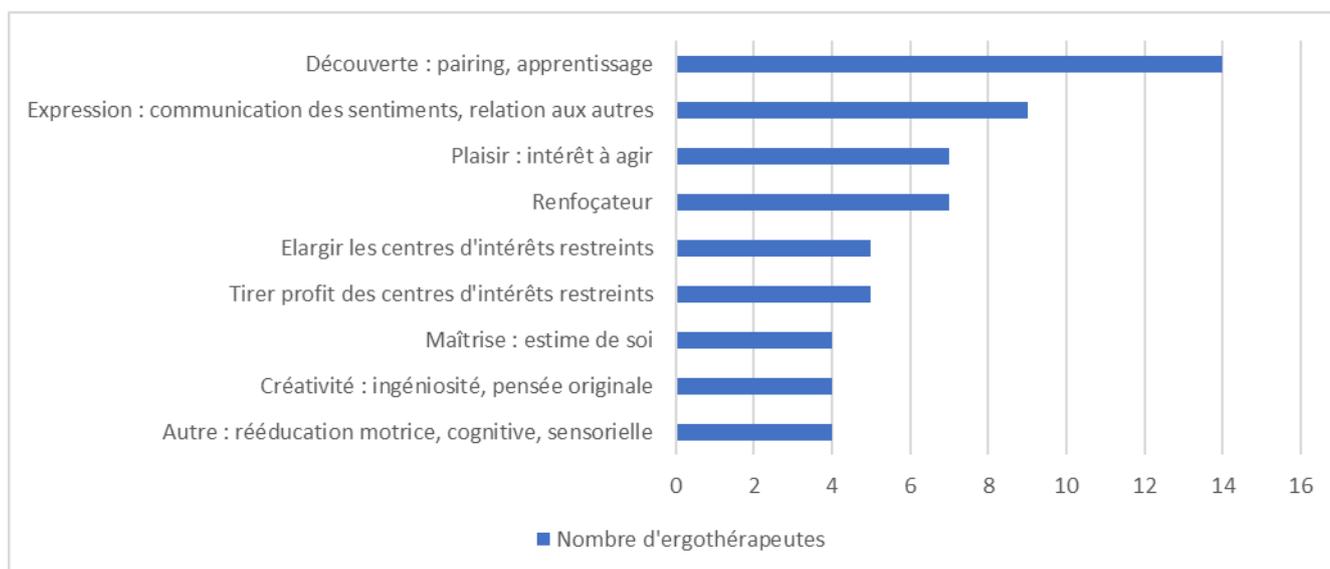


Figure 6 : Objectifs de l'activité jeu, n=15

2.2. De son choix à sa mise en œuvre

La question 22, « Dans le cadre où le jeu a des effets sur les habiletés sociales, cela s'exprime en combien de temps ? », qui recentrait les réponses de la partie deux du questionnaire sur le sujet central de la recherche, à savoir les habiletés sociales, a permis d'identifier que les effets sur ces habiletés étaient le plus souvent visibles au bout de plusieurs mois. Cet intervalle de temps rassemblait en plus des enfants TSA de tout âge et dont la place pouvait varier dans la fratrie, c'était donc sur lui que nous nous focalisons. Le « Tableau 1 » avait alors pour fonction d'identifier les caractéristiques d'utilisation du jeu les plus récurrents dans les pratiques professionnelles. De cette façon, il en ressortait des paramètres préférentiels d'utilisation du jeu pour agir sur les habiletés sociales. Des conseils en termes de sélection et de mobilisation des jeux pouvaient alors apparaître. D'autant plus qu'ils étaient valables pour les enfants TSA âgés de 0 à 5 ans, 6 à 12 ans, 12 à 16 ans, 16 à 20 ans, ainsi que pour les benjamins, cadets ou aînés de la fratrie.

Effet sur les habiletés sociales n = 15	Caractéristiques d'utilisation du jeu	Choix du jeu (en fonction de...)	Type de jeu	Fréquence d'utilisation	Durée d'utilisation	Nombre de supports de jeu	Variation des supports de jeu entre les séances
Plusieurs semaines : n=5	L'intérêt du jeune : n=5 L'objectif visé : n=5 Profil du jeune : n=3 Remobilisable au domicile avec l'entourage : n=3 Choix final de la part du jeune : n=1	Jeu d'exercice sensori-moteur : n=5 Jeu d'assemblage/de construction : n=5 Jeu de règles (société, créatif et sportif) : n=4 Jeu symbolique/de simulation : n=3 Autre : jeu de manipulations fines : n=1	Chaque séance : n=3 Aléatoire : n=1 Autre : variable selon les objectifs : n=1	Toute la séance : n=3 Dizaine de minutes (début, milieu ou fin de séance) : n=2	Nombre défini avant la séance et peuvent être ou non tous sollicités : n=2 Deux en alternance : n=1 Un seul pour un effet d'intensité : n=1 Autre : 3 activités (pas forcément des jeux) : n=1	Même jeu utilisé sur plusieurs séances pour un effet de répétition : n=2 D'une séance à l'autre dans un but de découverte : n=1 Jeu utilisé jusqu'à l'atteinte d'une compétence particulière : n=1 Autre : avec des objectifs différents : n=1 Autre : dépend de l'enfant, (jeux variés ou identiques pour un effet rassurant) : n=1	
Plusieurs mois : n=8	L'intérêt du jeune : n=6 L'objectif visé : n=6 Profil du jeune : n=5 Choix final de la part du jeune : n=4 Remobilisable au domicile avec l'entourage : n=3 Ceux utilisés par l'équipe pluriprofessionnelle : n=1	Jeu d'exercice sensori-moteur : n=8 Jeu d'assemblage/de construction : n=7 Jeu de règles (société, créatif et sportif, vidéo) : n=5 Jeu symbolique/de simulation : n=4	Chaque séance : n=4 Aléatoire : n=4	La moitié de la séance : n=6 Dizaine de minutes (début, milieu ou fin de séance) : n=2	Nombre défini avant la séance et peuvent être ou non tous sollicités : n=3 Un seul pour un effet d'intensité : n=3 Deux en alternance : n=2	Même jeu utilisé sur plusieurs séances pour un effet de répétition : n=5 D'une séance à l'autre dans un but de découverte : n=1 Jeu utilisé jusqu'à l'atteinte d'une compétence particulière : n=1 Autre : Dépend des profils : n=1	
Plusieurs années : n=2	L'intérêt du jeune : n=2 L'objectif visé : n=2 Profil du jeune : n=2 Remobilisable au domicile avec l'entourage : n=1 Choix final de la part du jeune : n=1 Ceux utilisés par l'équipe pluriprofessionnelle : n=1	Jeu d'exercice sensori-moteur : n=2 Jeu d'assemblage/de construction : n=2 Jeu de règles (société) : n=2 Jeu symbolique/de simulation : n=1 Autre : jeu collaboratif : n=1	Chaque séance : n=1 Aléatoire : n=1	Dizaine de minutes (début, milieu ou fin de séance) : n=1 Toute la séance : n=1	Nombre défini avant la séance et peuvent être ou non tous sollicités : n=2	D'une séance à l'autre dans un but de découverte : n=1 Même jeu utilisé sur plusieurs séances pour un effet de répétition : n=1	

Tableau 1 : Caractéristiques d'utilisation du jeu pour des fins sociales à des intervalles de temps distincts, n=15

Finalement, concernant la façon dont sont évalués les bénéfices du jeu, cela se faisait la plupart du temps par l'intermédiaire du plaisir provoqué chez l'enfant (13/15), par de simples observations (12/15), par des mises en situation (11/15), à partir de la motivation générée chez l'enfant (9/15). Les professionnels tenaient aussi compte de l'engagement cognitif de l'enfant (7/15). Sinon, des bilans validés (2/15) ou élaborés par l'ergothérapeute (3/15) étaient aussi utilisés. Une évaluation des comportements autistiques pouvait aussi être réalisée.

3. La place des pairs dans la pratique ergothérapique

Dans la troisième et dernière partie du questionnaire nous nous sommes penchés sur le jeu collectif. Ainsi la notion de partenaire de jeu, autre que l'ergothérapeute, apparaissait.

3.1. Les séances de groupe

Avant toute chose, nous nous intéressions à la proportion d'ergothérapeutes qui réalisait des séances de groupe en plus de celles individuelles. Ainsi, les réponses à la question 19, « *Vous arrive-t-il de faire des séances en groupe autour du jeu ?* », modélisées par la « Figure 7 », révélaient que 8 ergothérapeutes sur 15 effectuaient des séances de groupe.

Pour 7 de ces ergothérapeutes, l'objectif était principalement de développer les habiletés relationnelles. Tandis que 5 professionnels les organisaient directement dans des buts davantage tournés vers le jeu, soit développer les habiletés de jeu et identifier si le jeu était possible avec la fratrie au domicile.

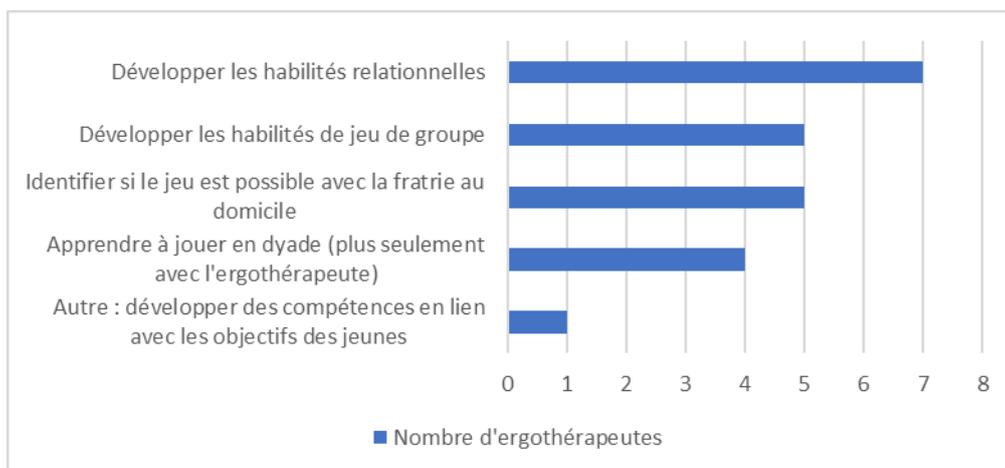


Figure 7 : Objectifs des séances de groupe, n=8

3.2. La considération de la fratrie

Puisque le jeu de groupe donnait une indication sur l'éventuelle possibilité de réinvestir le jeu au sein de la fratrie. Nous nous demandions si la notion de fratrie, et plus spécifiquement la relation fraternelle, était prise en compte pour l'élaboration des suivis. Par le biais de la question 25, « *Accordez-vous de l'importance à la relation fraternelle lors de l'élaboration du suivi ?* ». Il s'est avéré que la majorité des ergothérapeutes (13/15), considérait la fratrie et les relations entretenues en son sein pour l'élaboration des suivis. Un des ergothérapeutes avait exprimé qu'il ne la considérait pas puisqu'elle ne faisait pas partie des champs d'action de son cabinet libéral. L'autre ergothérapeute en question ne s'était pas prononcé sur la cause.

D'ailleurs, comme le soulignait la « Figure 9 », les 13 ergothérapeutes en question considéraient la relation fraternelle car ils tenaient compte de l'ensemble de l'environnement du jeune.

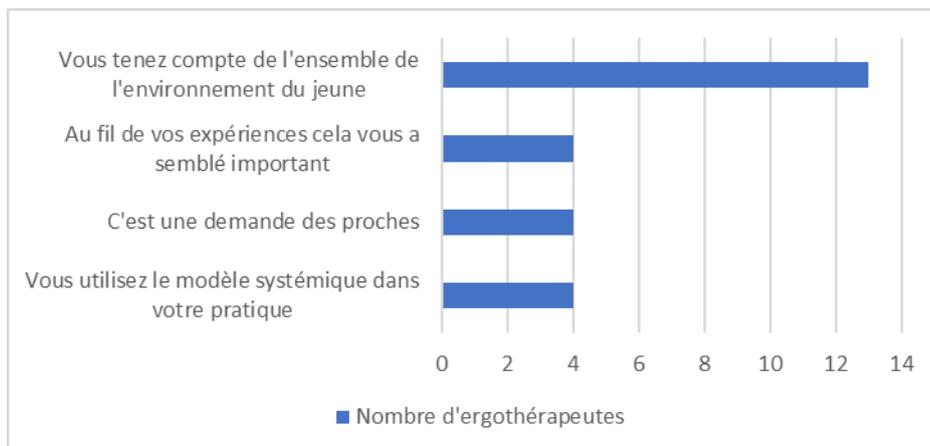


Figure 8 : Causes de la considération de la relation fraternelle pour l'élaboration du plan d'intervention, n=13

Aussi, parmi ces 13 ergothérapeutes, 8 avaient déjà convié la fratrie à certaines séances. Ainsi, le partenaire de jeu était désormais la ou les frère(s) et sœur(s) de l'enfant TSA. Ces séances se faisaient principalement sous forme de jeux en dyade puisqu'à la question 23, « *Dans le cas où les jeunes que vous accompagnez ont des frères et/ou sœurs, combien en ont-ils en moyenne ?* », nous avons constaté que 10 des 15 ergothérapeutes accompagnaient des enfants TSA issus d'une fratrie de deux enfants.

D'après les réponses à la question ouverte 29, les séances où était présente la fratrie avaient plusieurs buts. Effectivement, d'après les mots clés relevés, ces séances avaient pour fonction de favoriser la compréhension/ l'acceptation du trouble, les relations intra-familiales, le plaisir, le partage (par l'adaptation des règles du jeu si nécessaire), l'imitation, l'ajustement, le développement des habiletés de jeu. Cela avait aussi un côté rassurant, protecteur pour certains enfants porteurs de TSA.

Enfin, les effets du jeu allaient au-delà du cadre des séances en ergothérapie puisqu'ils influençaient le quotidien de l'enfant TSA et de sa famille. En effet, à domicile, comme ont pu en témoigner les familles, et comme le présentait la « Figure 10 », le jeu mobilisé en ergothérapie a surtout permis à l'enfant TSA de jouer davantage avec sa fratrie et d'améliorer sa gestion de plusieurs activités de la vie quotidienne.

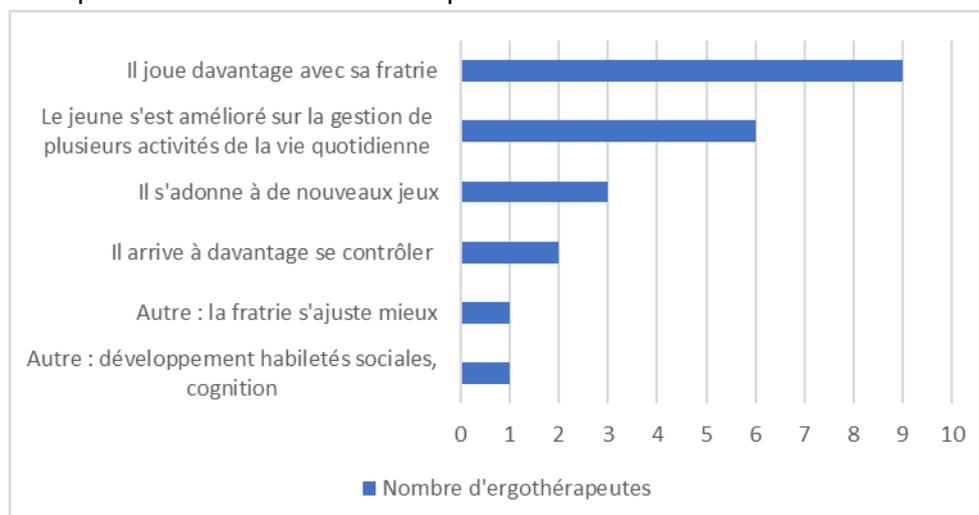


Figure 9 : Conséquences du jeu au quotidien selon la famille, n=12

Discussion

Maintenant que nous possédons des éléments théoriques et des résultats directement en lien avec les pratiques professionnelles. Nous allons effectuer une analyse plus approfondie de l'ensemble de ces données pour répondre à la problématique. Cette réponse sera ensuite étayée par le rejet ou la validation des deux hypothèses.

1. Les objectifs de l'étude

Dans un premier temps, l'étude observationnelle sur les pratiques professionnelles de l'ergothérapeute par questionnaire avait plusieurs objectifs :

- Identifier si le profil du thérapeute et l'organisation de la structure à laquelle il est rattaché est en lien avec sa pratique
- Déterminer la façon dont le jeu devrait être exploré pour qu'il remplisse un objectif relationnel
- Identifier le niveau d'inclusion de la fratrie dans les prises en soin
- Déterminer comment les bénéfices du jeu se traduisent au quotidien avec les frères et sœurs de l'enfant TSA

2. La réponse à la problématique

Le travail de recherche effectué jusque-là et l'atteinte de ces objectifs nous permet de répondre à la problématique « **Comment le jeu utilisé en ergothérapie avec un enfant TSA communicant verbal et sans troubles du développement intellectuel devient-il un support relationnel avec les pairs familiaux au quotidien ?** ». Effectivement, il apparaît que dans leur pratique, l'ensemble des ergothérapeutes utilisent le jeu mais chacun à leur manière. Le croisement de l'ensemble des pratiques permet alors d'extraire plusieurs paramètres du jeu en faveur des habiletés sociales lorsqu'ils sont combinés. Les compétences sociales développées en ergothérapie par le biais de l'activité jeu peuvent alors être réinvesties au quotidien, ce qui permet aux enfants TSA communicants verbaux et sans troubles du développement intellectuel de jouer avec leurs frères et sœurs.

3. Une façon préférentielle de jouer

L'hypothèse 1, « **Le jeu devient un support relationnel à condition qu'il revêt des caractéristiques bien particulières d'utilisation au cours des séances d'ergothérapie** », se rattache à la première partie de la problématique, soit à l'activité jeu et aux relations sociales. Ce sont principalement les questions 12 à 18 et 22 du questionnaire, représentées dans le « Tableau 1 : Caractéristiques d'utilisation du jeu pour des fins sociales à des intervalles de temps distincts », qui permettent de valider cette première hypothèse.

3.1. La sélection du jeu

Tout d'abord, par le biais de la question 10 du questionnaire, nous observons que le jeu est une activité largement proposée par les ergothérapeutes. En effet, qu'importe le genre, l'âge, le lieu géographique d'exercice, les années d'expérience en pédiatrie, la structure ou le type d'activité (institutionnelle ou libérale), ils le mobilisent tous sans exception. Cela est donc en accord avec les propos de Ashburner, Rodger, Ziviani & Jones qui affirment que le jeu étant une activité source de motivation, les ergothérapeutes s'appuient dessus pour résoudre tout

type de difficultés rencontrées par les enfants TSA. De plus, ce support est en parfait accord avec les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute comme le met en évidence le modèle ludique.

Toujours en se référant au modèle ludique, le jeu revêt normalement une fonction sociale. Néanmoins, cette fonction peut être remise en question avec la population TSA en raison de leurs particularités relationnelles et comportementales. Mais la question 11, illustrée par la « Figure 6 : Objectifs de l'activité jeu », met en évidence que dans les pratiques, le jeu est principalement utilisé dans un but relationnel. En effet, l'objectif le plus visé au travers du jeu est celui de découverte, 14 ergothérapeutes sur 15 l'ambitionnent. Cet objectif sous-tend le pairing et les apprentissages (habiletés de jeu par exemple). Aussi, 9 des 15 ergothérapeutes utilisent le jeu à des fins d'expression.

Dès lors, le jeu serait donc un moyen thérapeutique par excellence. Son utilisation est donc légitime. D'autant plus qu'il semble que l'ensemble des ergothérapeutes peuvent s'en procurer. Ils peuvent donc les rendre pleinement accessibles aux enfants en les adaptant à leurs capacités ; le droit de se livrer au jeu comme le stipule la CIDE est donc conféré à ces enfants.

Néanmoins, le choix du jeu n'est pas évident puisqu'il en existe une multitude. Mais les ergothérapeutes semblent se baser sur des critères préférentiels pour leur sélection. En effet, la question 14, représentée dans la colonne « Choix du jeu (en fonction de...) » du « Tableau 1 » met en avant que *l'intérêt du jeune* et *l'objectif visé* seraient les deux critères principaux qui aiguillent le choix du jeu ; 13 ergothérapeutes sur 15 sont sensibles à ces deux paramètres. Aussi, sur ces 15 ergothérapeutes, 10 le choisissent en fonction du profil du jeune. La remobilisation du jeu au domicile (7/15) et son utilisation par l'équipe professionnelle (2/15) sont des critères de moins grande importance. Sinon, 6 ergothérapeutes sur 15 sélectionnent au préalable des jeux pour laisser le choix final au jeune TSA. Ainsi, la pratique de l'ergothérapeute centrée sur la personne ressort. Effectivement, le choix du jeu se ferait surtout par rapport aux centres d'intérêts et besoins du jeune. Ou ce serait directement le jeune qui ferait le choix final ; il apparaît alors la notion d'adaptabilité de la part de l'enfant quand il est face à un problème. Ce choix se ferait alors moins en fonction de l'environnement écologique de l'enfant et de l'équipe pluriprofessionnelle. C'est d'ailleurs ce qui ressort dans la littérature. En effet, les divers articles consultés stipulent qu'un choix effectué de la sorte suscite motivation et plaisir chez les enfants. Il est donc plus aisé pour lui de devenir acteur de sa prise en soin, ce qui est bénéfique au déroulé du plan d'intervention.

3.2. La mobilisation du jeu

D'autre part, le jeu est un thème de plus en plus abordé dans la littérature. Mais il est plutôt traité en surface. Ainsi, il est plus difficile de trouver des précisions, notamment sur la manière de le mobiliser. C'est pourquoi, l'un des objectifs principaux du questionnaire est d'analyser les pratiques des professionnels dans leurs différences et similitudes pour déterminer si certaines seraient plus efficaces, efficaces que d'autres en termes d'habiletés sociales. Par cette analyse, des paramètres préférentiels d'utilisation du jeu ressortent.

Tout d'abord, la question 22, répertoriée dans la colonne « Effet sur les habiletés sociales » du « Tableau 1 » souligne que les effets du jeu sur les habiletés sociales sont perceptibles à des intervalles de temps différents. C'est l'intervalle « Plusieurs mois » qui est le plus représenté, c'est pour cela que nous nous sommes attardés dessus. Ainsi, nous émettrons des modalités d'utilisation du jeu qui semblent efficaces sur le plan social qu'importe

l'âge et la place du jeune TSA dans la fratrie en nous appuyant davantage sur la ligne « Plusieurs mois, n=8 » du « Tableau 1 ». Néanmoins, dans certains cas, nous l'avons confrontée aux deux autres lignes, donc aux deux autres intervalles pour compléter l'analyse.

Concernant le type de jeu, il ressort que la totalité des ergothérapeutes utilisent le *jeu sensori-moteur*. Ce serait donc ce type de jeu qui est privilégié pour agir sur les habiletés sociales. Cela rejoint la littérature puisqu'elle indique que les difficultés de traitement, d'intégration sensorielles sont en relation avec la réalisation des activités de la vie quotidienne (dormir, s'habiller, manger, etc.), la participations à des jeux et à des activités de loisirs et scolaires. Ainsi, agir sur la composante sensorielle par le jeu favorise entre autres le jeu en lui-même.

D'autre part, c'est le jeu symbolique qui est le moins mobilisé dans les pratiques. Cela reflète donc les dires de Charman et Baron-Cohen. En 1997, ce sont les premiers à expliquer que le jeu symbolique est celui qui est le plus défaillant chez les jeunes TSA. Ces dires ont été confirmés par Case-Smith et Miller en 1999. D'ailleurs, Blanc et al., Holmes et Willoughby, Libby et al., Rutherford, Young, Hepburn et Rogers affirment que ce jeu est déficitaire chez ces enfants par rapport aux enfants neurotypiques du même âge. Arriver à faire semblant serait peut-être le stade ultime à atteindre au fil de l'avancée dans le plan d'intervention. Il traduirait l'atteinte d'un niveau de développement supérieur. Mais d'après Kasari (2012), il est judicieux d'utiliser le jeu symbolique avec les enfants qui ont un trouble de développement intellectuel pour directement agir sur le versant symbolique. Il serait alors intéressant d'explorer la manière de s'en servir pour le généraliser à d'autres profils d'enfants TSA, notamment avec ceux qui communiquent et qui n'ont pas de troubles du développement intellectuel.

Sinon, nous remarquons qu'aucun ergothérapeute utilise un seul type de jeu. Les jeux devraient donc être *combinés* pour assurer un effet.

Du côté de la fréquence d'utilisation du jeu, les résultats obtenus, quel que soit l'intervalle de temps, ne permettent pas d'émettre un avis tranché. En effet, 4 ergothérapeutes sur 8 l'utilisent à chaque séance. Pour les 4 autres la fréquence est aléatoire. Néanmoins, si nous nous référons à la méthode Greenspan, dite aussi Floor-Time. Toute situation de vie quotidienne est propice à l'introduction du jeu. Ainsi, même si le jeu n'est pas le support central de la séance, il pourrait être introduit de façon à apporter un côté ludique qui suscite plaisir et motivation ; deux variables au service du bon déroulé des prises en soin. Sinon, il pourrait aussi permettre de renforcer l'estime de soi lors de séances moins fructueuses.

Cette idée du jeu introduit sur une courte durée de la séance est d'ailleurs visible dans les pratiques de 2 ergothérapeutes sur 8. Les 6 autres déclarent qu'ils l'utilisent la moitié de la séance. Ainsi un *temps défini* est dédié à l'activité jeu. Le reste du temps ce sont d'autres activités qui sont proposées. De ce fait, même si le jeu est un outil d'intervention privilégié et qu'il est au service de plusieurs objectifs, ce n'est pas une thérapie exclusive en ergothérapie. En effet, certains objectifs paraissent ne pas pouvoir être abordés seulement au travers du jeu. C'est là que peuvent intervenir les méthodes éducatives et comportementales qui ne mobilisent pas uniquement le jeu. La seule validée et connue à ce jour qui repose seulement sur le jeu est la méthode DENVER. Mais elle est mobilisée seulement avec les enfants âgés de 1 à 5 ans. Les préoccupations n'étant pas les mêmes chez les enfants et les adolescents, la question de proposer à des jeunes de plus de 5 ans des séances uniquement fondées sur le jeu se pose.

Pour ce qui est du nombre de supports de jeu utilisés au cours d'une séance, il apparaît que pour l'intervalle de temps « Plusieurs mois », il y a autant d'ergothérapeutes qui font une présélection de jeux qu'ils utilisent tous ou non que d'ergothérapeutes qui en utilisent qu'un

pour un effet d'intensité. Sinon, dans toute pratique confondue, la plupart des ergothérapeutes (7/15) sélectionnent plusieurs jeux qu'ils sollicitent tous ou non. Cela peut-être pour un souci d'anticipation, peut dépendre du jeu en lui-même, de comment se sent le jeune, etc. Dans le cas où l'ergothérapeute recherche un effet d'intensité, le principe de présélectionner des jeux et d'en utiliser qu'un serait aussi possible. Dès lors, qu'importe les circonstances, l'ergothérapeute retiendrait *plusieurs jeux* et en utiliserait au moins un pour la séance, tout dépend des effets recherchés. Cela fait référence à la notion d'adaptabilité qui est inscrite dans les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute.

Par ailleurs, à propos de la variation des supports de jeu entre les séances, nous remarquons que les ergothérapeutes utilisent le plus souvent un même jeu sur plusieurs séances pour un effet de répétition (5/8). Ce constat est identique qu'importe l'intervalle de temps (8/15). Il paraîtrait donc que la *répétition* d'un jeu est favorable à l'acquisition de compétences. Cet aspect de répétition, et donc en parallèle d'intensité est rencontré dans la méthode des 3i par l'étayage permanent par un adulte du jeu de l'enfant au domicile familial. La question qui est encore en suspens à ce jour par rapport à cette méthode non validée par la HAS est, si ce type de paramètre est la raison des progrès de l'enfant. Par cette présente étude, nous tendrions à dire que oui. Mais il serait nécessaire de multiplier les études pour s'en assurer. Ce qui pourrait participer à la validation de la méthode des 3i par la même occasion. Ainsi, il existerait une approche supplémentaire qui repose sur le jeu et qui est validée par la HAS. Cela donnerait donc davantage d'importance et de crédibilité aux prises en soin qui engagent en grande partie le jeu.

Enfin, le jeu peut aussi être utilisé en *groupe* pour qu'il ait des effets sur les habiletés. Cela est mis en évidence dans la « Figure 7 : Objectifs des séances de groupe ». En effet, 8 ergothérapeutes sur 15 réalisent des séances de groupe. Pour 7 de ces ergothérapeutes cela a pour but d'agir sur les habiletés sociales. D'ailleurs, pour certains, ces groupes seraient aussi l'opportunité d'identifier si les jeux sont remobilisables avec la fratrie au domicile. Ainsi, la systémie familiale, ici tournée vers la fratrie, serait une approche exploitée dans les accompagnements mais pas systématiquement. Nous en venons donc à l'exploration de l'hypothèse 2 qui questionne la considération du sous-système familial qu'est la fratrie.

4. Des séances d'ergothérapie, au domicile familial

L'hypothèse 2, « ***Le jeu devient un support relationnel si les compétences acquises en séances d'ergothérapie peuvent être transférées en milieu écologique avec les pairs familiaux dans le cas où ils sont considérés*** », correspond à la deuxième partie de la problématique, soit à l'intégration de la fratrie pour l'élaboration du plan d'intervention qui mobilise le jeu. Ce sont les questions 25 à 30 du questionnaire qui permettent de valider cette seconde hypothèse.

4.1. La place de la fratrie dans l'accompagnement de l'enfant TSA

Tout d'abord, la question 25 du questionnaire a mis en évidence que la fratrie n'est pas considérée dans l'intégralité des pratiques bien que la majorité des ergothérapeutes y prête attention (13/15). Néanmoins, il existe une cause en particulier qui explique cette considération. En se rapportant à la « Figure 9 : Causes de la considération de la relation fraternelle pour l'élaboration du suivi » qui illustre la question 26, nous remarquons qu'il s'agit du souci de l'environnement dans lequel s'inscrit le jeune TSA. Si nous faisons le parallèle avec la littérature, cette importance de l'environnement dans le domaine de la santé apparaît

vers la fin du XX^{ème} siècle. C'est de là qu'émerge le « troisième paradigme en ergothérapie centré sur l'interaction personne-activité-environnement dans une perspective systémique »(3). Ainsi, le concept d'influence de l'environnement a évolué, il a commencé à émerger de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). Modèle qui est expliqué par Kévin Charras de la sorte : « l'environnement est perçu comme un vecteur facilitant ou désavantageant des aptitudes individuelles – comportementales, physiques, cognitives et sociales – et ce modèle explicatif du handicap émet le postulat que le regard stigmatisant et les contraintes physiques et normatives provenant de celui-ci est en grande partie responsable de l'exacerbation des déficiences des personnes en situation de handicap ». Ce modèle se rapproche donc des modèles écologiques qui se soucient de l'évolution de la personne dans sa sphère familiale. James Jerome Gibson (1977), emploie le terme de niche écologique. Néanmoins, dans la littérature, l'approche systémique est souvent réduite au système parental. Par exemple, Case- Smith & Arbesman, Lang, Machalicek, Rispoli & Regester affirment que les thérapeutes forment, accompagnent les parents pour qu'ils puissent continuer à aider leur enfant à développer des compétences essentielles à la maison et dans d'autres environnements. Ainsi la fratrie est oubliée comme elle pourrait l'être dans la pratique malgré qu'elle fasse partie intégrante de l'environnement. A la question 27, un ergothérapeute explique que cela ne fait pas partie des champs d'action de sa structure, sachant qu'il exerce en libéral. Un autre ne donne pas la raison. Nous pouvons alors nous demander si l'activité libérale à temps complet n'entrave pas la considération du système familial dans son intégralité. Sinon, de façon générale nous pouvons nous demander si cela est en lien avec un manque de mise à jour des pratiques, ou encore un déficit de reconnaissance de l'ergothérapeute de la part de la structure dans laquelle il exerce.

D'autre part, considérer la fratrie est un fait, mais comment cela s'exprime en pratique ? Si nous reprenons la question 19, représentée par la « Figure 7 : Objectifs des séances de groupe », nous relevons que les séances de groupe autour du jeu peuvent être un moyen pour déterminer si le jeu est possible avec la fratrie au quotidien. Ces séances de groupe pourraient se faire directement avec la fratrie ou avec d'autres enfants pris en soin. Dans le cadre où ce sont des séances qui incluent la fratrie, cela permet d'agir directement sur la relation fraternelle. Effectivement, comme le met en lumière la question 29, elles conduisent à la compréhension/ l'acceptation du trouble, au plaisir, au partage, à l'imitation, à l'ajustement, au développement des habiletés de jeu, à la réassurance. Ainsi, comme le relate la littérature, le jeu est sans doute un support relationnel.

Néanmoins, considérer la fratrie ne veut pas obligatoirement dire la faire participer à des séances. En effet, si nous nous rapportons à la question 28, 5 des 13 ergothérapeutes qui considèrent la fratrie l'incluent dans la prise en soin sans pour autant la convier à des séances. D'ailleurs, comme le souligne la HAS, il existe plusieurs moyens d'entourer la fratrie. L'orienter vers un soutien psychologique individuel, des groupes thématiques « parents-enfants-fratrie », des groupes de paroles sont autant de ressources qui peuvent être mises à leur disposition en plus de l'organisation d'activités conjointes. Cela renvoie alors à la diversité des prises en soin par leur personnalisation. Effectivement, les besoins varient d'un enfant à un autre. Ainsi, les moyens mis en place en conséquence sont différents. L'évaluation reste donc primordiale pour accompagner au mieux l'enfant et ses proches.

4.2. L'enfant TSA dans son environnement écologique

D'un autre côté, lorsque nous nous référons à la « Figure 10 : Conséquences du jeu au quotidien selon la famille », illustration de la question 30, nous observons que grâce au jeu en ergothérapie, l'enfant TSA joue davantage avec sa fratrie. Ce constat fait par la famille est

rapporté à 9 ergothérapeutes sur les 12 qui ont un retour sur ce qu'il se passe au quotidien. Ainsi, les enfants ont été en capacité, une fois chez eux, de réinvestir les compétences de jeu et sociales développées en séance. De ce fait, les échanges qui sont initialement pauvres et qui affectent la fratrie comme le souligne la littérature se multiplient. Un transfert des acquis a donc été réalisé bien que l'enfant joue différemment en séance d'ergothérapie et au domicile. Cette distinction dans la façon de jouer s'explique par la variation du partenaire de jeu et des facteurs dépendants de l'environnement qui facilitent ou entravent les (inter)actions. Ainsi, en plus de la force rééducative (développement des habiletés) du jeu mentionnée dans les apports théoriques, c'est aussi sa force ré-adaptative qui est mise en avant ici. L'utilisation récurrente du jeu est donc évidente du fait qu'il soit un support d'apprentissage et de développement et qu'il soutienne le jeu collectif avec les pairs familiaux. Néanmoins, nous remarquons que les ergothérapeutes qui ne considèrent pas la fratrie n'ont pas eu connaissance de ce type d'informations ; ils ne savent pas si la fratrie joue davantage ensemble. Dès lors, prêter attention aux parents mais aussi aux frères et sœurs permettrait de recueillir davantage d'informations à propos de l'évolution de l'enfant TSA, notamment par rapport aux relations qu'il entretient dans son système familial. D'autant plus que c'est l'ensemble de l'environnement physique et humain dans lequel évolue l'enfant qui a une incidence sur ses (inter)actions. C'est aussi pour cela que l'ergothérapeute y est normalement attaché et que sa pleine considération semble incontournable.

Enfin, pour aller plus loin, comme en témoigne la « Figure 10 », les effets du jeu sont larges puisqu'il a permis aux enfants de développer d'autres compétences au service des activités de la vie quotidienne. Désormais, ils gèrent donc mieux certaines de ces activités de la vie quotidienne. Ce sont des parents qui ont rapporté cela à 6 des 12 ergothérapeutes qui ont un retour sur ce qu'il se passe au domicile. Les effets du jeu ne se limitent donc pas qu'aux habiletés sociales et de jeu, ils sont bien plus larges. Dès lors, le jeu révèle tout son potentiel pendant et après son utilisation et en séance comme au domicile familial.

5. Limites de l'étude

Même si notre travail de recherche a permis d'établir un état des lieux des pratiques et d'extraire certains points qui semblent fondamentaux à l'accompagnement d'enfants TSA. Il faut rester vigilant sur la signification des résultats comme le nombre d'ergothérapeutes questionnés n'est pas représentatif de la taille de la population d'ergothérapeutes qui exercent auprès d'enfants TSA communicants verbaux et sans troubles intellectuels.

Par ailleurs, à certaines réponses « Autre » nous ne possédions pas de compléments de réponse. Ainsi, il nous manque des précisions qui auraient pu avoir leur importance dans l'interprétation de certains résultats.

6. Perspectives et retombées du mémoire

Finalement, par notre travail de recherche nous avons pu mettre en avant que les ergothérapeutes sollicitent largement l'activité jeu lorsqu'il accompagnent des enfants TSA communicants verbaux et sans troubles du développement intellectuel. Néanmoins, le jeu semble associé à d'autres moyens thérapeutiques. Il serait alors intéressant d'identifier quels sont ces autres supports de prises en soin et de quelle façon ils viennent compléter le jeu.

D'un autre côté, il est apparu que l'intégralité des ergothérapeutes ne tenaient pas compte de la fratrie bien que ce soit une identité qui s'inscrit dans l'environnement du jeune TSA. Mener une étude sur cette composante de la prise en soin permettrait d'en comprendre les raisons. Dans la continuité, une recherche approfondie sur ce qui peut être proposé en termes d'accompagnement aux fratries pourrait être effectuée. Cela permettrait d'extraire les procédés les plus adaptés aux structures et familles en question.

Conclusion

Pour conclure, à l'initiation de notre travail de recherche nous ambitionnions de mettre en évidence l'aspect relationnel du jeu chez les enfants TSA communicants verbaux et sans troubles du développement intellectuel.

C'est l'activité jeu qui a tout particulièrement retenu notre attention car elle est largement investie dans les prises en soin pédiatriques à la vue de ses nombreuses fonctions. En effet, en plus d'être vectrice de plaisir, c'est un support d'apprentissage et de développement. D'ailleurs, il s'est avéré que les aptitudes au jeu, initialement déficitaires chez les enfants TSA, peuvent se développer par la sollicitation du jeu. Dès lors, l'enfant TSA peut partager un jeu avec autrui. Savoir jouer est alors un premier pas vers la socialisation ; c'est à ce moment que le terme de support relationnel prend tout son sens. Néanmoins, les interactions interpersonnelles sont régies par des codes sociaux. Mais ces codes sociaux sont défaillants chez ces jeunes, il est donc indispensable qu'ils développent leurs habiletés sociales. De la même façon que pour les habiletés de jeu, l'activité jeu sous-tend ce développement. Or, la littérature reste sommaire sur la façon de mobiliser le jeu pour engager le développement des habiletés sociales.

L'analyse des pratiques professionnelles nous a alors permis d'apporter des précisions comme nous l'espérions. Effectivement, nous restons vigilants lorsque nous avançons ce fait, mais il semble qu'il existe des caractéristiques préférentielles d'utilisation du jeu pour agir sur les habiletés sociales. Il s'agirait avant tout de choisir le jeu en fonction de l'intérêt du jeune TSA et de l'objectif visé. D'ailleurs, il apparaît judicieux d'en sélectionner plusieurs même si un seul est utilisé au cours de la séance ; ce seraient en fait les effets recherchés qui dicteraient le nombre de jeux finalement mobilisés. C'est alors le jeu sensori-moteur qui aurait le plus d'effets. Mais il serait nécessaire de le combiner à d'autres types de jeu pour majorer ces effets. Sinon, définir le temps d'utilisation du jeu et solliciter le même jeu d'une séance à l'autre serait favorable à l'acquisition de compétences. Le groupe serait aussi une identité qui soutient les habiletés. Il permettrait d'élargir les partenaires de jeu et donc d'intégrer le concept de jeu collectif. En parallèle, cela serait l'occasion d'aborder la fratrie. Du reste, nous pouvons appuyer séparément l'efficacité de tels paramètres d'utilisation du jeu puisque l'enfant TSA, une fois dans son environnement écologique, a été capable de jouer davantage avec sa fratrie.

Nous en concluons donc que le développement d'habiletés de jeu et d'habiletés sociales, en partie permis par l'utilisation du jeu aux cours des séances d'ergothérapie, a permis à l'enfant TSA de s'adonner à des jeux avec ses pairs familiaux. Ainsi, même avec un enfant TSA, le jeu possède des fonctions sociales comme l'indique le modèle ludique à condition qu'il soit maîtrisé par l'enfant et que ce dernier ait acquis des capacités d'ordre relationnel.

Finalement, ce travail de recherche nous a permis de mesurer concrètement tous les enjeux qui peuvent se cacher derrière un moyen. Enjeux qui varient en fonction de comment le moyen est employé. De plus, il a été l'occasion de se questionner davantage sur l'approche systémique en ergothérapie. En effet, il ressort que c'est l'étude de l'ensemble des sous-systèmes familiaux qui permet d'envisager au mieux les conséquences de l'apparition du handicap au sein du système familial. La fratrie a donc tout intérêt à être prise en compte.

Références bibliographiques

1. Impact de l'autisme sur la famille. :10.
2. Jeu vidéo. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jeu_vid%C3%A9o&oldid=181942537
3. Marie-Chantal M-B. Les modèles conceptuels en ergothérapie-Introduction aux modèles fondamentaux. De Boeck Supérieur. 2017.
4. 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.
5. Dell'armi M, Kruck J, Afzali MH, Rogé B. Adaptation et validation française du « Family Needs Questionnaire » : évaluation des besoins familiaux des parents d'enfants avec troubles du spectre de l'autisme. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. nov 2016;26(4):150-61.
6. Autisme [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
7. Autisme : Les renforçateurs et la méthode ABA [Internet]. Blog Hop'Toys. 2018 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.bloghoptoys.fr/la-methode-aba-2>
8. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.
9. Autisme et jeu - apprendre à jouer avec la personne autiste.
10. Ferraioli SJ, Hansford A, Harris SL. Benefits of Including Siblings in the Treatment of Autism Spectrum Disorders. :10.
11. Convention internationale des droits de l'enfant.pdf.
12. Dossier autisme : la Méthode TEACCH [Internet]. Blog Hop'Toys. 2013 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.bloghoptoys.fr/differentes-methodes-de-prise-en-charge-de-l-autisme-methode-aba>
13. DSM-V.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-criteres/le-dsm-5-dyade-autistique/?print=pdf>
14. Tanner K, Hand BN, O'Toole G, Lane AE. Effectiveness of Interventions to Improve Social Participation, Play, Leisure, and Restricted and Repetitive Behaviors in People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. 2015;69(5):12.
15. Schaaf RC, Dumont RL, Arbesman M, May-Benson TA. Efficacy of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®: A Systematic Review. 2018;72(1):11.
16. Charras K. Environnement, activité et cognition. In 2015.
17. Alexandre, Vauvillé A Barbara. Ergothérapie en pédiatrie. 2010. (De boeck).

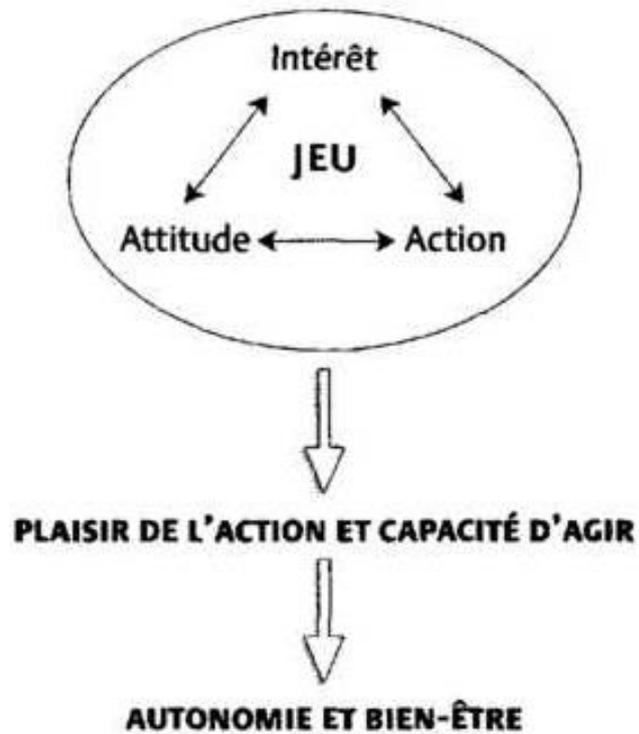
18. Ferland F. Et si on jouait ? Le jeu durant l'enfance et pour toute la vie. 2005.
19. GREENSPAN | Fédération québécoise de l'autisme [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.autisme.qc.ca/tsa/methodes-educatives-interventions/greenspan.html>
20. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2018;45.
21. Intégration sensorielle : l'intérêt pour les TSA [Internet]. Blog Hop'Toys. 2020 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.bloghoptoys.fr/integration-sensorielle-son-interet-pour-les-tsa-declare-probant>
22. Conrath P, Houdry P-M. L'autisme, réfléchir et inventer ensemble. Le Journal des psychologues. 2018;353(1):3.
23. L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6 ans: Guide de pratique. De Boeck Supérieur; 2020. 278 p.
24. Dayan C, Scelles R. La fratrie face au handicap. Spirale. 2017;N° 81(1):70.
25. Michel D. La systémie. Une compréhension originale de la famille. Champ social Editions; 2020. 111 p.
26. Le modèle de Denver (Early Start Denver Model)-Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique.pdf.
27. Ferland F. Le modèle ludique : cadre conceptuel. In: Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 7 juill 2020]. p. 77-105. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/13822>
28. Poirier N, Rivières-Pigeon C des. Le trouble du spectre de l'autisme : État des connaissances. PUQ; 2013. 324 p.
29. Les adolescents. Paris: Presses Universitaires de France; 2011.
30. Fromm E. Les besoins psychiques de l'homme et la société. Le Coq-héron. 2005;182(3):84.
31. SCelles R. Liens fraternels et handicap. Eres; 2013. 276 p.
32. Ha C, Chee CC. Prévalence des troubles du spectre de l'autisme / Prevalence of Autism Spectrum Disorders. :32.
33. Principaux repères sur l'autisme [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
34. 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.
35. Nader-Grosbois N. Régulation, autorégulation, dysrégulation: Pistes pour l'intervention et la recherche [Internet]. 2013 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/ualberta/detail.action?docID=5693248>

36. Kaminsky L, Dewey D. Siblings relationships of children with autism. *J Autism Dev Disord.* août 2001;31(4):399-410.
37. Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement.
38. Favrot-Meunier C, Saint-Georges Chaumet Y, Saint-Georges C. Suivi qualitatif de l'évolution de 120 enfants porteurs de troubles du spectre autistique pris en charge par la méthode des 3i. *L'Évolution Psychiatrique.* nov 2019;84(4):549-66.
39. Jung S, Sainato DM. Teaching play skills to young children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability.* mars 2013;38(1):74-90.
40. Davis-Temple J, Jung S, Sainato DM. Teaching Young Children with Special Needs and Their Peers to Play Board Games: Effects of a Least to Most Prompting Procedure to Increase Independent Performance. *Behav Analysis Practice.* mai 2014;7(1):21-30.
41. Ben-Sasson A, Lamash L, Gal E. To enforce or not to enforce? The use of collaborative interfaces to promote social skills in children with high functioning autism spectrum disorder. *Autism.* sept 2013;17(5):608-22.
42. LeGoff DB. Use of LEGO[®] as a Therapeutic Medium for Improving Social Competence. :15.
43. Nillama V, Derguy C, Bellalou L, Cappe É. Vécu psychologique d'adolescents ayant un frère ou une sœur porteur d'un Trouble du Spectre de l'Autisme et qualité des relations intrafamiliales. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* févr 2019;177(2):149-56.

Annexes

Annexe I. Schéma du modèle ludique : cadre conceptuel	
Annexe II. Questionnaire	

Annexe I. Schéma du modèle ludique : cadre conceptuel



Annexe II. Questionnaire

Mémoire de troisième année en ergothérapie

Bonjour,

Je suis actuellement en formation d'ergothérapie à l'institut de formation de Limoges (ILFOMER) et vous sollicite pour le travail de fin d'étude que j'ai à mener.

Celui-ci porte sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA), plus particulièrement sur les techniques d'accompagnement de cette population. C'est pourquoi le questionnaire qui suit s'adresse aux ergothérapeutes exerçant auprès de jeunes porteurs de TSA. Par son biais, mon objectif est de recueillir et d'analyser les pratiques mises en œuvre au cours du suivi de ces enfants. De ce fait je m'intéresse plus particulièrement à la façon dont est mobilisé le jeu. Aussi, je questionne son impact sur l'inclusion de la fratrie et sur les relations entretenues entre l'enfant TSA et ses frères et/ou sœurs.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous accorderez à ce questionnaire.

Mélina Munoz

1. Vous êtes :

- Une femme
 - Un homme
-

2. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 25 ans
 - Entre 25 et 30 ans
 - Entre 31 et 40 ans
 - Entre 41 et 50 ans
 - Plus de 50 ans
-

3. Dans quelle région exercez-vous ?

4. Depuis combien de temps exercez-vous dans le domaine de la pédiatrie ?

- Moins de 3 ans
- Entre 4 et 10 ans
- Plus de 10 ans

5. Vous travaillez au sein d'un :

- SESSAD
 - IME
 - Cabinet libéral
 - CAMPS
 - Autre
-

6. Au sein de cette structure, travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels durant les suivis ?

- Oui
 - Non
-

7. Quel âge ont les jeunes TSA que vous accompagnez en général ?

- 0-5 ans
 - 6-12 ans
 - 12-16 ans
 - 16-20 ans
-

8. Quel est le profil des jeunes que vous suivez le plus souvent ? (Plusieurs propositions peuvent être sélectionnées)

- Communicant verbal
- Communicant non-verbal
- Troubles intellectuels
- Sans troubles intellectuels
- Autisme de haut niveau
- Troubles neurodéveloppementaux associés (sensoriels, troubles dys, TDAH...)
- Autre

9. Au cours des séances, mobilisez-vous des méthodes comportementalistes et/ou développementales ? Si oui, la ou lesquelles ?

- DENVER dit aussi ESDM (Early Start Denver Model)
 - ABA (Applied Behavior Analysis)
 - TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren)
 - PECS (Picture Exchange Communication System)
 - GREENSPAN dit aussi Floor-Time
 - Autre
-

10. Utilisez vous des activités de type jeu lors de vos séances ?

- Oui
 - Non
-

11. Si non, quelle est la raison ?

- Vous n'avez pas le matériel à disposition
- Vous utilisez d'autres supports
- Vous doutez de leur efficacité
- Autre

Utilisation du jeu ? Oui. Mais comment ?

Les questions qui vont suivre permettent de préciser la façon dont vous utilisez le support de jeu au cours des accompagnements. Passez à la page suivante si aucune question n'apparaît.

11. Si oui, quel est ou quels sont les objectifs de l'utilisation du jeu ?

- Découverte : lien possible avec ses pairs (pairing), apprentissage (développement des compétences scolaires, habilités de jeu entre autres)
 - Maîtrise : estime de soi
 - Créativité : ingéniosité, pensée originale
 - Expression : communication des sentiments, relation aux autres
 - Plaisir : intérêt à agir
 - Il sert de renforçateur
 - Elargir les centres d'intérêts restreints
 - Tirer profits des centres d'intérêts restreints
 - Autre
-

12. De quel type de jeu s'agit-il ?

- Jeu d'exercice sensori-moteur
 - Jeu symbolique/ de simulation
 - Jeu d'assemblage/ de construction
 - Jeu de règles
 - Autre
-

13. Dans le cadre où vous proposez des jeux de règles, à quelle(s) catégorie(s) appartiennent-ils ?

- Jeu de société
- Jeu vidéo
- Jeu créatif et sportif

14. Comment choisissez-vous le jeu ?

- En fonction de l'objectif visé
 - En fonction du profil du jeune
 - En fonction de l'intérêt du jeune
 - Des propositions sont faites au jeune, c'est lui qui fait le choix final
 - En fonction de s'il peut être remobilisé au domicile avec l'entourage
 - En fonction de ceux qu'utilisent les autres professionnels avec lesquels vous collaborez
 - Autre
-

15. A quelle fréquence mobilisez-vous le jeu ?

- Chaque séance
 - Une séance sur deux
 - C'est aléatoire
 - Autre
-

16. Combien de temps sollicitez-vous le jeu ?

- Toute la séance
 - La moitié de la séance
 - Environ une dizaine de minutes (début ou milieu ou fin de séance)
-

17. Combien de supports de jeu utilisez-vous au cours d'une séance ?

- Un seul pour un effet d'intensité
- Deux en alternance
- Un nombre est défini avant la séance et ils peuvent être tous sollicités ou non
- Un nombre est défini avant la séance et ils peuvent être tous sollicités ou non_2
- Autre

18. Comment variez-vous les supports de jeu entre les séances ?

- Un même jeu est utilisé sur plusieurs séances pour un effet de répétition
 - Un même jeu est utilisé jusqu'à l'atteinte d'une compétence particulière
 - D'une séance à l'autre le jeu change pour faire découvrir d'autres choses
 - D'une séance à l'autre le jeu change puisque le jeune se lasse
 - D'une séance à l'autre le jeu ne change pas car le jeune y porte un intérêt
 - Autre
-

19. Vous arrive t-il de faire des séances en groupe autour du jeu ?

- Oui
 - Non
-

20. Si oui, dans quel but ?

- Apprendre à jouer en dyade (plus seulement avec vous)
 - Développer les habilités de jeu de groupe
 - Développer les habilités relationnelles
 - Identifier si le jeu est possible avec la fratrie au domicile
 - Autre
-

21. Comment évaluez-vous les bénéfices du jeu ?

- Bilan validé
 - Bilan que vous avez vous-même élaboré
 - Simple observation
 - Mise en situation
 - Plaisir de l'enfant
 - Motivation
 - Engagement cognitif
 - Autre
-

22. Dans le cadre où le jeu a des effets sur les habilités sociales, cela s'exprime en combien de temps ?

- Plusieurs semaines
- Plusieurs mois
- Plusieurs années

Qu'en est-il de la fratrie ?

Les questions qui vont suivre interrogent directement l'intégration de la fratrie lors de l'accompagnement.

23. Dans le cas où les jeunes que vous accompagnez ont des frères et/ou sœurs, combien en ont-ils en moyenne ?

- 1
 - 2
 - 3 à 6
 - 7 ou plus
-

12. Dans le cas où les jeunes que vous accompagnez ont des frères et/ou sœurs, combien en ont-ils en moyenne ?

- 1
 - Entre 2 et 6
 - 7 et plus
-

24. Le plus souvent, quelle est la place du jeune TSA dans la fratrie ?

- Aîné
 - Cadet
 - Benjamin
 - Aléatoire
-

13. Le plus souvent, quelle est la place du jeune TSA dans la fratrie ?

- Aîné
 - Cadet
 - Benjamin
-

25. Accordez-vous de l'importance à la relation fraterne lors de l'élaboration du suivi ?

- Oui
- Non

14. Accordez-vous de l'importance à la relation fraternelle lors de l'élaboration du suivi ?

- Oui
 - Non
-

26. Si oui, pourquoi ?

- C'est une demande des proches
 - Vous tenez compte de l'ensemble de l'environnement du jeune
 - Vous utilisez le modèle systémique dans votre pratique
 - Au fil de vos expériences cela vous a semblé important
 - Autre
-

15. Si oui, pourquoi ?

- C'est une demande des proches
 - Vous tenez compte de l'ensemble de l'environnement des proches
 - Au fil de vos expériences cela vous a semblé important
 - Autre
-

27. Si non, pourquoi ?

- Ce n'est pas une demande des proches
 - Cela ne fait pas partie des champs d'actions de la structure
 - L'intérêt paraît minime par rapport à d'autres objectifs
 - Autre
-

16. Si non, pourquoi ?

- Ce n'est pas une demande des proches
- Cela ne fait pas partie des champs d'actions de la structure
- L'intérêt paraît minime par rapport à d'autres objectifs
- Autre

28. Vous est-il déjà arrivé de convier, d'effectuer une séance avec la fratrie des jeunes que vous suivez ?

- Oui
 - Non
-

17. Vous est-il déjà arrivé de convier, d'effectuer une séance avec la fratrie des jeunes que vous suivez ?

- Oui
 - Non
-

29. Si oui, dans quel but ?

18. Si oui, dans quel but ?

30. Dans le cadre où vous avez des retours de la part de la famille sur l'impact du jeu au quotidien, le ou lesquels sont-ils ?

- Le jeune s'est amélioré sur la gestion de plusieurs activités de la vie quotidienne
- Il arrive à davantage se contrôler
- Il s'adonne à de nouveaux jeux
- Il joue davantage avec sa fratrie
- Autre

19. Dans le cadre où vous avez des retours de la part de la famille sur l'impact du jeu au quotidien, le ou lesquels sont-ils ?

- Le jeune s'est amélioré sur la gestion de plusieurs activités de la vie quotidienne
- Il arrive à davantage se contrôler
- Il s'adonne à de nouveaux jeux
- Il joue davantage avec sa fratrie
- Autre

L'activité jeu chez les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme : les modalités d'utilisation du jeu en ergothérapie pour en faire un support relationnel avec la fratrie

Introduction : En France, comme dans le monde, le trouble du spectre de l'autisme qui résulte de troubles neurodéveloppementaux est un enjeu de Santé Publique. En effet, le nombre de cas de TSA diagnostiqués chez les enfants ne cesse d'augmenter. Ces enfants TSA qui présentent des particularités d'ordre relationnel et comportemental bénéficient alors d'un accompagnement pluridisciplinaire. Concernant le suivi en ergothérapie, il est avant tout basé sur l'activité jeu puisqu'elle est source d'apprentissage et de développement.

Objectifs : Cette étude a en fait pour buts d'établir un état des lieux des différentes pratiques ergothérapeutiques au travers du jeu. En plus d'éclaircir la façon dont le jeu devrait être mobilisé avec un enfant TSA communicant verbal et sans troubles du développement intellectuel pour qu'il remplisse un objectif relationnel réinvesti au sein du sous-système familial qu'est la fratrie.

Méthode : Pour ce faire, par le biais d'un questionnaire, nous avons interrogé les ergothérapeutes à propos de leur pratique professionnelle. Ce sont principalement les thèmes du jeu et de la fratrie qui ont été questionnés.

Résultats : L'analyse des diverses réponses a fait apparaître l'existence de paramètres préférentiels d'utilisation du jeu pour qu'il ait un effet sur les habiletés sociales. De plus, au quotidien, il s'est avéré que le développement de telles compétences a permis à l'enfant TSA de jouer davantage avec sa fratrie.

Conclusion : Dès lors, par le biais du support de jeu, l'ergothérapeute agit sur les relations sociales initialement déficitaires. Une fois que l'enfant TSA sait jouer et qu'il est dans son environnement écologique, il est donc plus à même d'établir des liens avec sa fratrie, notamment en partageant des jeux avec ses frères et sœurs.

Mots-clés : Trouble du spectre de l'autisme, Jeu, Ergothérapie, Fratrie, Relations sociales

Game activity for children with autism spectrum disorder : how to use the game in occupational therapy as a relational support with the siblings

Introduction : In France, as the same in the world, the autism spectrum disorder (ASD) which comes from neurodevelopmental disorders, is a significant public health issue. In fact, the number of diagnosed ASD cases in children's increase constantly. Those children with ASD who have relational and behavioral particularities receive a multidisciplinary follow-up. Concerning the supervision of occupational therapy, it is mainly based on game activity because it is a source of learning and development.

Objectives : This study was established to present a state of play of different occupational therapy practices with games. In addition, it will clarify how the game could be used with an ASD child who communicates verbally and without intellectual development disorders to fill a relational objective reused in the familial subsystem : siblings.

Method : Through a questionnaire, we asked to occupational therapists about their professional practice. We focused our interrogation on two principal themes : the game and the siblings.

Results : The analysis of answers revealed preferential parameters in game that occupational therapist uses them to impact on social abilities. Moreover, in daily life, the development of these aptitudes allows an ASD child to play more with his siblings.

Conclusion : Therefore, through the game support, the occupational therapist takes action on social relationships which is initially in deficit. Once the child with ASD knows how to play and is in his ecologic environment, he can create a relationship with his brothers and sisters by sharing games with them.

Keywords : Autism spectrum disorder, Game, Occupational therapy, Siblings, Social relationships

