

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en *ludothérapie*

Take care of a child affected by autistic spectrum disorder in play therapy

Pr. BEHTANE Abdelkader abehtc2i@gmail.com ; behtane.abdelkader@univ-guelma.dz	Psychologie	Université de Jijel - Mohamed Seddik ben Yahia Jijel/Algérie
DOI :		

Reçu: 14/10/2021 Accepté: 18/12/2022 Publié en date: 22/12/2022

Résumé:

Notre objectif est de comprendre l'impact du jeu thérapeutique sur la socialisation d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique (TSA). « M », est un jeune garçon de cinq ans atteint de TSA. Ses parents nous l'ont confié suite à des problèmes comportementaux et relationnels. Concernant ses jeux, « M » ne semble avoir aucune fantaisie, il se contente de faire toujours la même chose. Au départ « M » choisit une voiture qu'il fait rouler d'avant en arrière. Quant à nous, nous avons choisi des Legos®.

Les résultats montrent que, petit à petit, « M » va de plus en plus vouloir jouer avec nous. Au niveau de sa socialisation, le jeu lui a permis d'entrer en contact avec l'autre. Au niveau des troubles autistiques, nous observons que « M » n'a pratiquement plus de stéréotypie, ne s'isole presque plus dans son coin, et que son jeu commence à s'élargir.

Mots-Clés : ludothérapie ; enfant ; TSA ; prise en charge ; socialisation ; créativité.

Abstract:

Our aim is to understand the impact of therapeutic play on the socialization of a child with autism spectrum disorder (ASD). "M" is a five year old boy with ASD. His parents entrusted him to us following behavioral and relationship problems. Regarding his games, "M" does not seem to have any imagination; he is content to always do the same thing. At the start "M" chooses a car that he rolls back and forth. As for us, we chose Legos®. The results show that, little by little, "M" will want to play with us more and more. In terms of his socialization, the game allowed him to come into contact with others. When it comes to autistic disorders, we observe that "M" has hardly any stereotypy anymore, hardly isolates himself in her corner, and that his game begins to broaden.

Keywords: play therapy ; child ; ASD ; Take care ; socialization ; creativity.

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

Introduction :

Nos recherches (Anzieu *et al.*, 2000; Bartoli, 2013; Brougère, 2002; Dell Clark, 2013) sur le sujet montrent que le jeu est indissociable de l'enfance. Autrement dit, l'enfance se caractérise par le jeu et le jeu caractérise l'enfance. L'un n'allant pas sans l'autre.

Le jeu se définit comme l'action de jouer et comme un divertissement. Il se différencie du travail du fait qu'il désigne une activité ludique et gratuite. Cependant, nous voyons bien que pour l'enfant le jeu est très sérieux. En effet, le jeu n'a pas uniquement comme objectif de divertir. Il peut être utilisé de différentes manières et sert au bon développement de l'enfant. En effet, il revêt différentes fonctions pour l'enfant : socialisation, autonomie, identification, projection, imitation, apprentissage, familiarisation, responsabilité, partage, compétition, acquisition, fabrication, adresse, fiction, etc. (Guarino & Grosjean, 2016; Perrin, 2011)

Piaget (1947) décrit trois périodes développementales où le jeu peut se développer : la période sensori-motrice où l'enfant joue avec des objets présents, la période représentative où il peut faire semblant, et la période des opérations concrètes où l'enfant joue à des jeux complexes.

Winnicott (1975) fait une distinction entre play (jeu créatif) et game (jeu de règle). Il institue la notion d'espace transitionnel, situé entre la mère et l'enfant, pour décrire le lieu du jeu. C'est-à-dire, il investit le jeu dans la thérapie, à titre d'exemple le Squiggle. Ce dernier inventé par Winnicott permet de créer un contact avec l'enfant. Dans ce jeu thérapeutique, l'enfant doit finir le dessin commencé par l'analyste et expliquer ce qu'il a dessiné. Il s'agit surtout d'explorer l'imaginaire et la créativité infantile.

Nous nous demandons quel rôle peut-il avoir en thérapie, notamment auprès d'un enfant atteint de TSA (trouble du spectre autistique). En effet, au niveau de son jeu, les difficultés rencontrées sont nombreuses : traitement des informations, planification,

interaction avec l'autre, changement. Il est donc nécessaire de structurer l'espace-temps, d'adapter l'environnement, de gérer les troubles de l'attention, de développer la compétence sociale.

Pour notre évaluation des troubles autistiques, nous avons utilisé la CARS et l'ECA-R. Pour mesurer le jeu de « M », nous avons utilisé le PEP-R et le BECS.

Définition du TSA

Le trouble de l'autisme se définit par une atteinte grave de la communication, des interactions ainsi qu'un comportement stéréotypé. Le diagnostic se fait autour des trois ans. Le but est de prendre en charge l'enfant le plus tôt possible afin de minimiser les handicaps dus à la maladie. Plusieurs études montrent une évolution des enfants présentant des troubles autistiques lors d'une prise en charge précoce.

Le trouble du spectre autistique est un trouble développemental débutant avant l'âge de trois ans. Il touche simultanément les interactions sociales, la communication, à la fois verbale et non verbale, le comportement avec des gestes répétitifs et stéréotypés (écholalies), des anomalies comportementales (évitement du regard), des réticences au changement, des troubles relationnels et langagiers, un isolement social, des rituels, des perturbations sensorielles (hypersensibilité au bruit), une pauvreté du jeu, des intérêts restreints (îlots de compétences restreints). (Kanner, 1943)

Le terme « autisme » a été utilisé pour la première fois pour décrire la perte de contact avec la réalité des schizophrènes. (Tardif & Gepner, 2007, p. 9) Ce trouble nécessite une prise en charge pluridisciplinaire pour comprendre ses mécanismes.

Les causes des troubles autistiques ne sont pas encore totalement claires malgré les différentes avancées en termes de recherche, notamment au niveau du système neuronal. Ainsi, il apparaît que le cerveau des personnes atteintes de trouble du spectre autistique ne se développe pas correctement. De plus, au niveau génétique, notamment au niveau des gamètes (symptôme du X-fragile), il apparaît que les personnes TSA soient atteintes d'anomalies empêchant un bon développement.

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

Contrairement à ce qui a été longtemps développé, il n'y a aucun lien entre une éventuelle faille maternelle et le développement d'un TSA. Les systèmes d'imagerie médicale (IRM) ont mis en évidence des défauts d'organisation au niveau de certains neurones, notamment ceux spécialisés dans la communication et la gestion du comportement. Le séquençage de l'ADN a, quant à lui, mis en évidence de nombreuses altérations génétiques impliquées dans la formation du cerveau.

Rôle du jeu dans la thérapie

Dans la thérapie par le jeu, le matériel et la procédure doivent être bien adaptés à l'enfant afin de le captiver.

Selon certains auteurs (Dell Clark, 2013), il sert de catalyseur du stress, présence de traumatisme, évocation de la maladie, dysfonctionnement familial, expression des émotions, inquiétude, imagination et il peut donner lieu à une relation sécurisante et permet à l'enfant de se dévoiler à l'aide du jeu. L'adulte aide l'enfant à éprouver différentes émotions dans un cadre sécurisant.

Montessori (1932) a mis en place une méthode permettant d'observer les enfants tels qu'ils sont et non comme l'adulte voudrait qu'ils soient. Elle montre que les enfants s'imprègnent de tout ce qu'ils voient et ce qui l'entoure jusqu'à 6 ans. Elle met en avant que certaines périodes sont plus propices à acquérir certaines fonctions variables d'un enfant à l'autre. Cette méthode se base sur la motivation de l'enfant. Ici le jeu a une place importante, car il permet à l'enfant d'être plus attentif.

Le jeu développe différentes fonctions : sensori-motrices, adresse, précision, rapidité, classement, articulation, mémoire, dénombrement, sociales, dépassement des limites, etc. Il permet d'accéder à un certain bien-être, on est comme dans une bulle de bonheur que l'on ne veut pas quitter.

Klein (1999) et Dolto (1999) montrent que le jeu peut être un moyen d'entrer en communication avec des enfants. D'ailleurs, toutes deux utilisent le jeu comme médiation à la thérapie. En outre, elles ont remarqué que le jeu est un moyen d'exprimer les fantasmes, les désirs et le vécu de l'enfant. Notamment, il peut révéler certains mécanismes inconscients et permet une identification à l'autre.

Pour les enfants atteints de TSA, le jeu est utilisé pour développer les capacités de communication ainsi que des compétences linguistiques et sociales afin de faire diminuer certains comportements inadéquats. L'objectif étant de favoriser la perception, la représentation et le symbolisme tout en développant le jeu sociodramatique (faire semblant, persévérance, jeu de rôle, comportement social et communication verbale).

Une étude sur trois enfants ayant des capacités de jeu (Thorp *et al.*, 1995) évalue les capacités à jouer : avant, tout de suite après et après trois mois. L'entraînement a lieu 2 à 4 fois par jours pour un total de 16 h. Les quatre premières minutes sont consacrées à observer le jeu libre de l'enfant, puis le thérapeute propose un jeu sociodramatique. Cette étude montre que l'entraînement au jeu permet d'augmenter les capacités en termes de relation, de langage, compétences sociales. En revanche, les auteurs remarquent que les capacités langagières ont continué à progresser en dehors de l'entraînement ce qui peut laisser penser qu'elles sont liées aux différentes interactions ou à une maturation de l'enfant.

Une autre étude (Blanc & col., 2005) montre que les enfants avec autisme préféreraient les jeux sensoriels. Cette particularité de jeu peut s'expliquer par des difficultés d'accès aux représentations mentales.

Winnicott (2015) a réalisé des études sur différents cas afin de montrer les différents avantages du jeu thérapeutique au niveau du jugement, de l'empathie, gestion de la séparation, hyperactivité,

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

manque d'attention, trouble du comportement, anxiété, traumatismes, stress, etc. Il rapporte notamment le cas de « Liro » qui avait une malformation au niveau des doigts (soudure de la main). « Liro » était très anxieux mais ne parvenait pas à exprimer son stress. Pendant son hospitalisation, Winnicott commence un dessin que l'enfant continue sous la forme d'un animal (canard : comme représentation animalière de son handicap). Ce dessin a été également un moteur d'un regain d'estime de soi et un moyen pour évacuer l'angoisse. Également, par le biais du dessin, « Liro » parvient à accepter sa maladie.

Le thérapeute spécialisé dans la ludothérapie doit faire preuve d'empathie et soutenir l'enfant afin qu'il joue de manière autonome. Le thérapeute propose des jouets et c'est l'enfant qui décide avec quoi il veut jouer. Il suit l'enfant tout en l'observant, il n'est pas dans le jugement mais établit des règles. (Dell Clark, 2013)

Étude de cas

Présentation

Notre cas s'appelle « M », c'est un petit garçon de 5 ans. Il est le seul garçon d'une fratrie de trois enfants. Il ne va pas à l'école et ne parle pas. Ses parents travaillent tous les deux dans la fonction publique.

Après une grossesse normale, « M » est né à terme avec un poids normal. À trois ans, il a dû être conduit d'urgence à l'hôpital suite à une forte fièvre causée par un vaccin. Ses parents nous racontent que ce jour-là il serait mort si son oncle ne lui aurait pas fait un bouche à bouche. Depuis, il n'est plus retourné à l'hôpital.

Motif de consultation

Ses parents nous le confient en consultation afin que nous aidions « M » à mieux communiquer avec son entourage. Ils attendent surtout de nous que nous parvenions à socialiser « M » avant son entrée à l'école. Les séances durent au minimum deux heures et ont lieu deux fois par mois. En complément des séances, nous conseillons

à ses parents d'inscrire « M » en crèche au moins une fois par semaine afin qu'il croise d'autres enfants de son âge et qu'il sorte de son cadre familial.

Anamnèse

À trois ans, sa maman découvre qu'il ne ressemble pas à sa sœur aînée en termes de communication et de socialisation. En effet, il reste renfermé sur lui-même et ne semble pas faire attention au monde qui l'entoure.

Symptômes

« M » présente quelques caractéristiques autistiques : stéréotypies, troubles de la sensibilité (hypersensibilité au bruit), pauvreté du jeu, absence de communication verbale et non verbale.

« M » a du mal à se concentrer sur une tâche plus de quelques minutes : il lui arrive souvent de se lever de sa table pour courir ou sauter. Il montre quelques signes de violence contenue (coups de poing vers le bas, visage fâché). En revanche, il n'a jamais frappé personne. Nous remarquons également des élans de tendresse non maîtrisés : il lui arrive de nous tirer vers lui pour nous faire des câlins. Concernant ses jeux, il préfère s'isoler dans un coin.

Le diagnostic oscille entre trouble de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H) et Trouble du Spectre Autistique (TSA).

Présentation des outils

Pour notre évaluation, nous avons utilisé la CARS et l'ECA-R. Pour mesurer le jeu de « M », nous avons utilisé le PEP-R et le BECS.

CARS

La CARS (échelle d'évaluation de l'autisme infantile) sert d'appréciation sur le degré de sévérité de l'autisme à partir de l'observation des comportements. À partir des scores obtenus aux items des 15 domaines spécifiés, on obtient une mesure de l'intensité

**Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre
autistique en ludothérapie**

du syndrome selon la fréquence de certains comportements plus ou moins anormaux pour l'âge du sujet. (Rogé, 2008)

Son but est de distinguer les enfants autistes des enfants souffrant d'autres troubles, notamment de ceux souffrant de troubles autistiques secondaires. La première édition de cette échelle a été faite par Schopler (1988). Cette édition facilité le travail du clinicien concernant un diagnostic objectif de l'autisme. Le diagnostic sera établi selon 5 systèmes : les caractéristiques Kanner (1943) de l'autisme, les caractéristiques Creak(1961), les signes symptomatiques de l'autisme selon Rutter (1978) et le diagnostic du DSM (2016). C'est une forme complète de révision de recherches empiriques publiées depuis les travaux de Kanner et Creak, la définition nationale des enfants autistes (Ritvo & Freeman, 1977).

ECA-R

L'échelle ECA-R (Échelle d'Évaluation du Comportement Autistique) (Barthélémy & Lelord, 2003) est utilisée par évaluer les symptômes liés à un trouble du développement. Elle est utilisée en complément d'autres instruments, comme la CARS, comme aide au diagnostic.

Cette échelle s'adresse à des enfants âgés de trois ans et plus et doit être utilisé de manière répétée. Pour la cotation, nous avons pris l'avis du médecin traitant ainsi que des puéricultrices qui s'occupent de « M » en crèche.

PEP-R

Le PER-P (Profil Psycho-Éducatif Révisé) (Schopler, 1997) est un test appliqué aux enfants de niveau préscolaire et scolaire présentant des troubles du développement, TSA inclus.

Il permet de mesurer le niveau de développement dans sept domaines : imitation, perception, motricité, coordination, cognition. Également, il permet d'identifier les troubles du comportement au

niveau des relations, de l'affect, du jeu, de l'intérêt pour le matériel et du langage.

Le PEP-R se constitue d'un ensemble de jeux et d'un matériel pédagogique. L'examineur observe et évalue les différentes réactions de l'enfant au cours du test. Chaque item est coté comme suit : réussi, échoué ou émergent. Les capacités émergentes permettent de définir les domaines de compétences que l'enfant commence à développer.

BECS

La BECS (Batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnelle) (Adrien, 2007) est un outil destiné aux enfants présentant des troubles envahissants du développement et des retards mentaux. Elle est basée sur la conception piagétienne du développement.

Cet outil permet d'évaluer, au travers de plusieurs séquences de jeux et d'interactions avec l'enfant, les composantes des domaines cognitif et socio-émotionnel dans seize domaines de développement : permanence de l'objet, relations spatiales, moyens pour atteindre un but, causalité opérationnelle, qualité d'organisation des schèmes, jeu symbolique, image de soi, régulation du comportement, interactions sociales, attention conjointe, langage expressif, langage compréhensif, imitation vocale, imitation gestuelle, relation affective et expression émotionnelle. Chaque item est coté 0 (échec), 1 (réussi avec aide) et 2 (réussi sans aide)

Résultats

Tableau 1. CARS

N°	Item	S1	S5	S15	S20
1	Relation sociale	4	3	2,5	1,5
2	Imitation	4	3	3	1,5
3	Réponses émotionnelles	4	3,5	3	2

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

4	Utilisation du corps	4	3	2,5	1,5
5	Utilisation des objets	2	2	1,5	1,5
6	Adaptation au changement	4	3	2,5	2
7	Réponses visuelles	1,5	1	1	1
8	Réponses auditives	1,5	1	1	1
9	Goût – Odorat – Toucher Réponses et modes d'expression	1,5	1	1	1
10	Peur, anxiété	4	3	2	1,5
11	Communication verbale	4	4	1,5	1
12	Communication non verbale	4	4	1,5	1
13	Niveau d'activité	3	3	1	1
14	Niveau et homogénéité du fonctionnement intellectuel	4	3,5	3	1,5
15	Impression générale	3,5	3	3	1,5
Total		49	41	30	21
Degré de l'autisme		Sévère	Sévère	Léger	Aucun

Source: (Schopler et al., 1988)

Tableau 2. ECA-R

N°	Item	S1	S5	S15	S20
1	Recherche l'isolement	3	3	2	1
2	Ignore les	4	3	2	1

	autres				
3	Interaction sociale insuffisante	3	3	1	0
4	Regard inadéquat	4	4	2	1
5	Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et par la parole	4	3	1	0
6	Difficulté à communiquer par les gestes et par la mimique	4	2	1	0
7	Émissions vocales, verbales stéréotypées : écholalie	4	3	3	2
8	Manque d'initiative, activité spontanée réduite	2	2	1	0
9	Troubles de la conduite vis-à-vis des objets	3	3	2	1
10	Utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée	4	4	2	2
11	Intolérance au changement, à la frustration	0	0	0	0
12	Activités sensori-	4	4	3	2

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

	motrices stéréotypées				
13	Agitation, turbulence	3	3	2	2
14	Mimique, posture et démarche bizarres	2	2	2	2
15	Auto agressivité	0	0	0	0
16	Petits signes d'angoisses	1	1	1	1
17	Troubles de l'humeur	3	3	2	2
18	Troubles des conduites alimentaires	0	0	0	0
19	N'essaie pas d'être propre	0	0	0	0
20	Petits signes d'angoisses	1	1	1	1
21	Activités corporelles particulières	2	2	2	2
22	Troubles du sommeil	0	0	0	0
23	Attention difficile à fixer	3	3	2	1
24	Bizarrie à l'audition	2	2	2	2
25	Variabilité	1	1	1	1
26	N'imite pas les gestes, la voix d'autrui	4	3	2	1
27	Enfant trop mou	0	0	0	0
28	Ne partage pas	4	3	3	2

	l'émotion				
29	Sensibilité paradoxale au toucher et aux contacts	2	2	1	1
Total		66	59	40	27

Source: (Barthélémy & Lelord, 2003)

Tableau 3. PEP-R (en pourcentage)

N°	Item	S1			S5			S15			S20		
		R ¹	Ec	Em	R	Ec	Em	R	Ec	Em	R	Ec	Em
1	Imitation	5	85	10	18	57	25	52	28	20	74	6	20
2	Perception	15	74	11	54	10	36	60	0	40	88	2	10
3	Motricité fine	28	57	15	48	32	20	60	0	40	80	0	20
4	Motricité globale	25	60	15	40	40	20	60	0	40	85	5	10
5	Coordination oculo-manuelle	30	40	30	50	10	40	60	0	40	70	0	30
6	Performance cognitive	20	66	14	36	43	21	52	3	45	77	3	20
7	Cognition verbale	6	92	2	24	63	13	46	28	26	89	1	10

Source: (Schopler, 1997)

Tableau 4. BECS

N°	Item	S1	S5	S15	S20
1	Permanence de l'objet	0	0	1	2
2	Relations spatiales	1	1	2	2
3	Moyens pour atteindre un but	1	1	2	2
4	Causalité	1	1	1	1

¹ R = réussi. Ec = échec. Em = émergent.

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

	opérationnelle				
5	Qualité d'organisation des schèmes	0	0	1	1
6	Jeu symbolique	0	1	1	2
7	Image de soi	1	1	1	2
8	Régulation du comportement	0	0	1	2
9	Interactions sociales	0	0	1	2
10	Attention conjointe	0	0	1	2
11	Langage expressif	0	0	1	2
12	Langage compréhensif	0	0	1	2
13	Imitation vocale	0	0	1	2
14	Imitation gestuelle	0	0	1	2
15	Relation affective	0	0	1	2
16	Expression émotionnelle	0	0	1	2
Total		4	5	18	30

Source: (Adrien, 2007)

Analyse des résultats

Lors de la première séance, nous choisissons tous les deux un jeu : une voiture noire pour « M », pour nous un ensemble de Legos® pour leur inspiration et leur créativité. Pendant cette séance, « M » se contente de faire rouler sa voiture d'avant en arrière. Quant à nous, nous construisons différentes structures où les personnages de Legos® peuvent évoluer. Nous remarquons que « M » semble dans son monde, il ne fait pas attention à ce qui l'entoure. Tout au long de la séance, il restera allongé par terre dans un coin de la pièce.

À la seconde séance, nous essayons de prendre la voiture de « M » pour y mettre les personnages, il manifeste son mécontentement par des cris. Nous décidons donc de le laisser tranquille. Nous continuons de jouer avec les Legos® tout en observant « M », il est totalement absorbé par son jeu. Il commence à émettre quelques sons pouvant correspondre à un bruit de moteur (« mmm mmm ») mais rien d'autre.

À la cinquième séance, nous remarquons que « M » regarde de notre côté mais ne semble pas vouloir s'approcher. Nous lui demandons s'il veut jouer avec nous. Il ne répond pas mais dirige sa voiture vers une des maisons que nous avons construites. Il place sa voiture devant la porte comme si elle était garée devant la maison. Nous l'informons que dorénavant cette maison sera la sienne. Il a l'air très content. Nous approchons quelques personnages de « M » afin qu'il puisse les atteindre mais il ne semble pas s'y intéresser. « M » se contente de construire/déconstruire la maison que nous lui avons donnée. Il semble beaucoup apprécier le moment où l'édifice est détruit. Mais quand on l'interroge sur la cause de l'écroulement de cet édifice, il ne répond pas.

Lors des séances suivantes, « M » va de plus en plus prendre l'initiative dans le jeu. Il prend des personnages pour les mettre devant sa maison. Cependant, il n'y a aucune interaction entre les personnages de « M », il se contente de les aligner.

Lors de la quinzième séance, « M » a ramené plusieurs peluches avec lui : un ours rouge (qu'il nommera plus tard « nounours rouge ») et un chien blanc (« nounours blanc »). Sa mère nous explique qu'elle les a achetées il y a peu à la demande de « M ». C'est la première fois qu'il insiste pour avoir des jouets spécifiques. Elle dit qu'il a clairement manifesté l'envie d'avoir ces peluches (et non d'autres jouets) en les montrant avec le doigt et qu'il a insisté pour les amener avec lui en séance. La séance se déroule comme d'habitude, « M » commence par déconstruire sa maison. Il n'a pas l'air de faire

**Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre
autistique en ludothérapie**

attention à ses peluches qu'il a posées dans un coin pas trop éloigné de lui, comme si elles n'étaient présentes que pour le rassurer. Lorsque nous lui demandons qui a détruit la maison, il nous montre son ours rouge. Nous décidons de faire semblant de gronder la peluche, « M » rigole. Ce nouveau jeu a l'air de beaucoup lui plaire : il saute sur place. Nous continuons en faisant bouger la peluche comme si elle tremblait, qu'elle baissait la tête. « M » est de plus en plus excité par ce jeu, il apprécie beaucoup lorsque nous cachons la peluche derrière lui. Nous lui faisons clairement comprendre qu'il l'a protégé de notre courroux. « M » reprend rapidement son jeu de destruction comme s'il attendait que l'on gronde sa peluche rouge. Nous ne rentrons pas tout de suite dans son jeu en tentant de gronder son chien blanc. « M » manifeste son mécontentement en pleurant. Nous comprendrons plus tard que cette peluche blanche est sa peluche préférée. Il projette sur elle tous les aspects positifs de lui-même, voire elle est parfois sujette à une certaine régression du fait qu'elle est un peu plus petite que la peluche rouge.

Au cours des séances suivantes, « M » se rapproche de plus en plus de nous. Il aime s'amuser à nous prendre des pièces et à casser ce que nous construisons. Nous comprenons rapidement qu'il souhaite que l'on réitère notre colère feinte envers sa peluche rouge ce que nous faisons. Nous alternons les rôles de protecteur de cette peluche : parfois c'est lui, parfois c'est son chien blanc. « M » ne parle toujours pas mais il semble qu'un changement est survenu en lui. Ainsi, il ne semble plus renfermer dans son monde, il interagit avec les autres sans avoir recours à la parole : ses gestes parlant pour lui.

Lors de la vingtième séance, « M » tente de faire parler les personnages de Legos®. Il dit « bounnou » et émet d'autres sons qu'il nous est difficile de comprendre au départ. Même si cette première communication n'est pas très élaborée, il s'agit d'un grand pas pour « M ». En effet, il peut dire ce qu'il désire et communiquer avec l'autre. Suite à cela, « M » va faire de plus en plus de progrès

communicationnels et il sera de plus en plus facile de le comprendre. De plus, il devient de plus en plus actif dans le jeu avec la peluche rouge : désormais c'est lui qui la gronde et nous qui devenons son protecteur. Parfois, il change en faisant de son chien blanc celui qui réprimande le rouge : cette peluche se cache alors le plus souvent derrière lui.

À la séance suivante, un autre jeu va commencer à prendre place, lorsque « M » entre dans la salle, il commence par dire « bounnou, bounnou, bounnou » et faire un salut rigolo (que nous voyons comme une référence au jeu *Tout le monde veut prendre sa place*¹). Nous remarquons que « M » commence à chantonner (génériques de publicité) et à reproduire certaines scènes de dessin animés (transformation des Power Rangers). Néanmoins, nous remarquons que « M » présente encore quelques stéréotypies verbales faisant référence à des publicités (café, pâte à tartiner), certains jeux télévisés et des dessins animés (*Macha et Michka*, *Power Rangers*) qui peuvent se révéler envahissants.

Discussion

Nous notons l'intérêt de « M » pour un jeu particulier, une voiture. Ce jeu nous apparaît comme sensori-moteur du fait qu'il fait appel à différents sens et qu'il est facile à manipuler. Blanc (2005) avait déjà observé que les enfants autistes ont plus tendance à jouer à des jeux sensori-moteur qu'à d'autres types de jeu. Nous pouvons penser que ce retour au jeu sensori-moteur est un moyen pour l'enfant autiste de gérer son stress.

Au départ, la socialisation de « M » est quasiment inexistante : il ne communique pas avec des tiers. Il reste centré sur lui-même. Nous proposons à ses parents de l'inscrire dans une crèche en plus de

¹ « M » veut dire « bonjour, bonjour, bonjour » comme l'animateur au début de ce jeu.

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

nos séances, pour qu'il profite d'une socialisation avec des enfants de son âge. Les puéricultrices remarquent que « M » préfère rester seul et jouer dans son coin. Ce n'est qu'après plusieurs mois que « M » commence à s'intégrer et jouer avec les autres enfants qui l'attirent par de nouveaux jeux (ballons, peluches). C'est également à leur contact que « M » apprendra qu'il peut communiquer avec l'autre.

Le jeu a eu des aspects très positifs sur « M » car il lui a permis d'entrer en contact avec l'autre comme le montrent Dolto (1999) et Klein (1999).

D'ailleurs, Winnicott (1975) démontre l'importance du jeu chez l'enfant. Selon lui, par le jeu, l'enfant développe sa créativité. Le jeu permet à la fois de construire son soi et de communiquer. Cependant, les Legos® (qui devraient permettre le développement du jeu symbolique) sont souvent l'occasion pour « M » d'avoir des comportements stéréotypés (destruction, alignement des personnages). En ce sens, ses jeux apparaissent comme peu complexes et peu persévérants que nous voyons comme une tentative de créer une routine mais aussi de maîtriser son angoisse et une marque de reprise de confiance en soi.

Au niveau des troubles autistiques, nous observons que « M » n'a pratiquement plus de stéréotypie, ne s'isole presque plus dans son coin, et que son jeu commence à s'élargir.

Au fil des séances, nous notons une amélioration des résultats de la CARS, du PEP-R et de la BECS.

On remarque que le résultat de la CARS s'améliore nettement. Ainsi, de « M » passe d'un diagnostic d'autisme sévère à une quasi disparition du symptôme.

Les résultats de l'ECA-R diminuent également au fur et à mesure des séances. Nous remarquons notamment une amélioration dans l'interaction avec l'autre.

Au niveau du PEP-R, nous observons une baisse générale des pourcentages d'échec dans les différents domaines. « M » ayant un pourcentage de réussite augmentant avec le temps.

Concernant la BECS, « M » a également fait d'énormes progrès. Nous notons que le jeu symbolique, la relation et le langage se sont développés pratiquement en même temps. Sachant que le but principal de la ludothérapie auprès des enfants autistes est de développer ces trois compétences.

Conclusion :

Le jeu revêt une importante sociale et culturelle. D'ailleurs, certains auteurs pensent que la civilisation se développe par le jeu. Le jeu permet la rencontre de l'autre, l'apprentissage des limites et se forme autour d'un rituel. Les jeux ont différentes fonctions : générale, expérimentation, préparation et spécificité.

Mis à part son rôle psychomoteur, intellectuel et social, le jeu permet d'éduquer la sensibilité, l'écoute, l'éveil, la réappropriation d'évènement, l'apprentissage des règles, la construction de l'identité le partage et la générosité. En effet, un enfant sera très content qu'un adulte ou un autre enfant vienne partager ses jeux avec lui. Il sera également ravi de pouvoir donner un de ses jeux à un autre enfant dans le besoin.

Les interventions basées sur le jeu permettent le développement de la communication. Ainsi, le jeu répond à différents besoins et permet de vivre différentes expériences. Les jeux permettent de construire la personnalité et la confiance en soi. En même temps, les jeux développent un certain sens des responsabilités : l'enfant doit faire attention à ses jeux, il doit en prendre soin et ne pas les casser. Le jeu est source d'émerveillement et de joie puisqu'il contribue à la recherche du plaisir chez l'enfant. Il ne faut pas non plus oublier son rôle dans le développement cognitif et psychomoteur.

Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre autistique en ludothérapie

Dans un précédent article ([Behtane, 2019](#)), nous avons utilisé une thérapie basée sur le langage auprès d'un enfant autiste. Nous avons noté une amélioration de la communication et du langage. Nous notons que pour cette expérience thérapeutique, le jeu nous a permis d'entrer en contact avec cet enfant.

Les différentes préconisations sur l'autisme signalent que le jeu est le fondement de la médiation, notamment auprès des enfants. Elles insistent notamment sur la nécessité de créer un espace sécurisant d'où l'importance de la routine et des rituels. Dans l'autisme, le jeu s'appuie surtout sur le quotidien de l'enfant. Puis, petit à petit, le thérapeute peut aider l'enfant atteint de TSA à laisser libre court à son imagination et son ouverture sur l'autre.

Cependant, il existe encore de nombreux problèmes à une bonne intégration de l'enfant atteint de TSA dans la société, notamment une formation insuffisante, des contrats précaires, un accompagnement insuffisant, un temps insuffisant, la présence d'incohérences et moyens insuffisants. En revanche, c'est l'envie des parents et leur persévérance, ainsi la situation des enfants TSA auxquels nous devons répondre présents.

Les thérapeutes utilisant le jeu sont là pour soutenir l'enfant : ils ne doivent pas juger, ils doivent juste établir quelques limites pour éviter à l'enfant de se faire mal. C'est l'enfant qui décide comment il joue et avec quoi. Il arrive que les enfants TSA jouent plusieurs fois au même jeu. Cela les aide à mieux gérer des événements angoissants.

Bibliographie:

- Adrien, J.-L. (2007). *Manuel de la batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnelle (BECS)*. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5. Critères diagnostiques* (M.-A. Crocq & J. D. Guelfi, Trans.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C., & Dauymas, S. (2000). *Le jeu en psychothérapie de l'enfant*. Paris: Dunod.
- Barthélémy, C., & Lelord, G. (2003). *L'échelle d'évaluation des comportements autistiques (version révisée)*. Paris: EAP/ECPA.
- Bartoli, G. (2013). Qui dit jeu en thérapie d'enfant ? *Cahiers de Gestalt Thérapie*, 1(31), 66-85.
- Blanc, R., & col. (2005). Dysregulation of pretend play and communication development in children with autism. *Autism*, 9, 229-245.
- Brougère, G. (2002). Jeu et loisirs comme espaces d'apprentissages informels. *Éducation et Société*, 2(10), 5-20.
- Dell Clark, C. (2013). Thérapie par le jeu.
- Dolto, F. (1999). *Jeu de poupées*. Paris: Mercure de France.
- Guarino, J., & Grosjean, J. (2016). La thérapie par le jeu : en quoi le jeu peut-il aider voire soigner les enfants malades ? From <http://bts-gemeau.fr/la-therapie-par-le-jeu-en-quoi-le-jeu-peut-il-aider-voire-soigner-les-enfants-malades>
- Kanner, L. (1943). Les troubles autistiques du contact affectif. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38(1-2), 64-68.
- Klein, M. (1999). *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF.
- Montessori, M. (1932). *Les étapes de l'éducation*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Perrin, J. (2011). *Le jeu chez les enfants avec autisme*. Paper presented at Conference Name|, Conference Location|. Type retrieved rom URL
- Piaget, J. (1947). *La Psychologie de l'enfant*. Paris: Armand Colin.
- Ritvo, E. R., & Freeman, B. J. (1977). National Society for Autistic Children definition of the syndrome of autism. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 146-148.
- Rogé, B. (2008). *Autisme : comprendre et agir*. Paris: Dunod.

**Prise en charge d'un enfant atteint de trouble du spectre
autistique en ludothérapie**

- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definitions of childhood autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8(2), 139-161.
- Schopler, E. (1997). *Profil Psycho-Éducatif (PEP-R)*. Bruxelles: De Boeck.
- Schopler, E., Reichler, R., & Roehen-Renner, B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Tardif, C., & Gepner, B. (2007). *L'autisme*. Paris: Amarnd Colin.
- Thorp, D. M., Stahmer, A. C., & Schreibman, L. (1995). Effects of sociodramatic play training on children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25(3), 265-282.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. (2015). Jeu dans la situation analytique. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 5(2), 25-28.