



HAL
open science

Le Vidéodrame : médiation thérapeutique par le dessin animé pour les enfants à troubles du spectre autistique

T. Guénoun, C. Tiberghien, A. Juteau

► To cite this version:

T. Guénoun, C. Tiberghien, A. Juteau. Le Vidéodrame : médiation thérapeutique par le dessin animé pour les enfants à troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2021, 69 (5), pp.221-227. 10.1016/j.neurenf.2021.05.004 . hal-03916607

HAL Id: hal-03916607

<https://hal.univ-lyon2.fr/hal-03916607>

Submitted on 16 Oct 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Le Vidéodrame : médiation thérapeutique par le dessin animé pour les enfants à troubles du spectre autistique

Videodrama: cartoon-based therapeutic mediation for children with autism spectrum disorders

Auteurs :

T. Guénoun, Psychologue clinicienne & Maîtresse de conférence en Psychologie Clinique et Psychopathologie, CRPPC, Institut de psychologie, Université Lyon 2 – 5 av. Pierre Mendès France, 69676 Bron, France

C. Tiberghien, Neuropsychologue, Pôle de pédopsychiatrie, Hôpital R. Ballanger – Boulevard R. Ballanger, 93600 Aulnay-Sous-Bois, France

Anne-Marie Vaillant-Juteau, Pédopsychiatre, Pôle de pédopsychiatrie, Hôpital R. Ballanger – Boulevard R. Ballanger, 93600 Aulnay-Sous-Bois, France

Auteur correspondant :

Tamara Guénoun :

tamaraguenoun@gmail.com

Résumé :

Les enfants avec troubles du spectre autistique présentent bien souvent un intérêt privilégié pour des contenus vidéos, regardés compulsivement, de manière répétitive et autarcique. La présente étude exploratoire propose un dispositif thérapeutique intitulé *Vidéodrame*, basé sur le visionnement de dessins animés ralentis avec les enfants avec TSA et en modélise le processus thérapeutique. La revue de littérature permet de mettre en évidence d'une part l'intérêt de dispositifs cliniques basés sur la vidéo, d'autre part le nombre de questions de recherche encore en suspens sur ce thème.

La présente étude a utilisé une méthodologie transdisciplinaire au carrefour de la psychologie clinique psychanalytique et des neurosciences, tant dans la conduite de la recherche que dans la construction même du dispositif. Ce dernier est présenté en détail.

Un cas clinique de prise en charge en groupe de deux enfants avec des troubles modérés du spectre de l'autisme en pédopsychiatrie est exposé.

L'analyse de cette clinique met en évidence les particularités sensorielles autistiques exprimées dans le rapport aux écrans. De plus, la discussion soulève l'idée que l'efficacité du *Vidéodrame* tiendrait dans la synergie au sein de ce dispositif thérapeutique entre temps de visionnage, comme espace d'expression des particularités sensorielles, et temps de jeu, comme lieu d'imitation et d'expérimentation de changement de rôle et d'état-mentaux, consolidant ainsi leurs appréhensions d'une théorie de l'esprit. Ce dispositif favorise aussi des moments de partage relationnel, permettant aux enfants une reprise du développement affectif et un accès à la narrativité. Ces premiers résultats interrogent également sur un possible changement du rapport des enfants aux écrans. De futures recherches sur ce dispositif clinique sont nécessaires.

Mots clés : trouble du spectre de l'autisme, intervention basée sur la vidéo, médiation thérapeutique, jeu, sensorialité, narrativité

Abstract :

Children with Autism Spectrum Disorders often have a special interest in video content, watched compulsively, repetitively and autarkically. The present exploratory research proposes a therapeutic setting called “*Videodrama*” based on the viewing of cartoons, displayed in slow motion, to children with ASD. This study aims to model the therapeutic process of this innovative setting.

The literature review highlights the efficiency and benefits of clinical video-based interventions for children with ASD, especially on their social abilities. Video-based-interventions are nowadays a core component of the ABA toolbox. However, many research questions remain pending on this topic, notably on the most efficient way to construct a video-based-intervention. Moreover, there are very few studies of the therapeutic aspect of video-based-interventions. These findings show the interest of more research on this intervention technique when applied to a therapeutic setting.

The present study used a transdisciplinary methodology at the crossroads between psychoanalytic clinical psychology and neuroscience. This methodology constitutes the framework for this clinical research and was of great value for the development of this clinical intervention. The setting of the *Videodrama* is ultimately presented.

A case of a group setting of *Videodrama* with two children with ASD in a child psychiatry facility is put forward.

The analysis of these cases highlights the autistic sensory peculiarities expressed in relation to video screens. Moreover, the discussion raises the idea that the effectiveness of this treatment would lie in the synergy between the sequence of video viewing, as a moment for the expression of the sensory particularities, and the sequence of playing, as a place to imitate and experiment with changing roles and mental states, thus consolidating their apprehensions of a theory of mind. This therapeutic setting seems to also encourage relational sharing, allowing the children to develop emotionally and have access to a narrative imagination. The first results also point to a change in the attitude of children towards screens, stressing the need of further study of this innovative therapeutic setting.

Key-words : autism spectrum disorder, video-based intervention, therapeutic mediation, play, sensoriality, narrativity

Introduction :

Le trouble du spectre de l'autisme est aujourd'hui considéré comme un trouble du neuro-développement [1] qui débute dès les étapes précoces du développement et qui est caractérisé d'un point de vue clinique par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés ainsi que par le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. Ces symptômes entraînent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire /professionnel ou dans d'autres domaines importants et ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel ou un retard globalement de développement [2].

La nature neuro-développementale de ce trouble met l'accent sur des modalités alternatives précoces de fonctionnement cérébral, perturbant le développement cognitif et affectif. En psychologie clinique d'orientation psychanalytique, nous allons particulièrement nous intéresser aux conséquences relationnelles de ces perturbations du développement affectif. Une hypothèse serait, que dans certains cas, les difficultés d'interaction précoce de l'enfant altèrent profondément les liens premiers à son environnement et potentiellement entraîne une spirale de découragement et de dépression réactionnelle parentale, parfois sur fond de précarité socio-économique, les uns aggravant les autres en retour. Au-delà du contexte familial, les troubles du spectre de l'autisme conduisent en tous cas à une rupture du développement affectif d'une part et à une altération dans la constitution d'une unité sensori-motrice chez le jeune enfant d'autre part. Ce Moi corporel [3], qui s'éprouve dans les liens intersubjectifs premiers, va être, dans les TSA, affecté par des zones de clivage, des démantèlements, des sensations très angoissantes de chute, d'arrachement, d'explosion ... Un certain nombre de stéréotypies et comportements répétitifs des enfants avec TSA peuvent ainsi se comprendre comme des fixations à ces atypies sensorielles, explorées compulsivement en dehors de tout lien intersubjectif, seul moyen d'accès à une mise en jeu et à un desserrement de cette répétition à l'identique. Dans cette perspective, les productions symptomatiques de ces enfants avec TSA peuvent aussi être entendues comme des appels à l'aide qui échoueraient à se formuler comme tels. La stéréotypie ne serait pas uniquement un acte gênant à réprimer mais une boussole indiquant au clinicien la direction à prendre. Grâce à la relation thérapeutique, ces activités à tonalité addictives pourraient progressivement se muer en activités à fonction transitoire.

Cependant, l'appui thérapeutique sur les stéréotypies des enfants ne peut-il comporter un risque d'acculer toujours plus l'enfant dans son monde autistique, en particulier en utilisant

l'outil même qui contribue à son enfermement ? Ce débat sur les modalités de prise en compte des stéréotypies chez les enfants avec TSA en rejoint un autre, sur l'usage addictif des écrans dans notre société contemporaine. Plusieurs auteurs [4] pointent la pertinence de prendre en charge ces enfants à partir de l'usage de la vidéo, source même de leur problématique.

Or, cliniquement, nous avons constaté une certaine corrélation chez bon nombre d'enfants avec autisme entre trouble autistique et usage particulier des écrans. Au sein de notre pratique en pédopsychiatrie, les parents s'inquiétaient en effet de l'usage préoccupant des écrans de leurs enfants avec TSA. De manière récurrente, ces parents décrivaient le même tableau clinique chez leur enfant : des dessins animés, clips ou séries pour enfants regardés compulsivement et de manière répétitive. Des stéréotypies sonores ou mimo-gesto-posturales pouvaient accompagner le visionnement de ces extraits. Face à ce tableau clinique, dans une tentative de mieux comprendre ces conduites pour mieux les appréhender, nous avons construit un dispositif thérapeutique, le *Vidéodrame*, invitant les enfants à visionner au ralenti les extraits vidéo de leur choix pour ensuite reprendre ces contenus dans du jeu symbolique.

Nous présentons ici une étude exploratoire sur ce dispositif, visant à mieux comprendre le processus thérapeutique du *Vidéodrame* avec les enfants à troubles du spectre de l'autisme et appelant à d'autres recherches. Nous faisons l'hypothèse que ce dispositif thérapeutique permettrait à l'enfant avec TSA une diminution des troubles du comportement, une diversification des centres d'intérêt, un meilleur accès à l'imaginaire, à la théorie de l'esprit et une reprise de développement affectif notamment dans la qualité d'interaction et de communication avec leurs pairs. Paradoxalement, une prise en charge par les écrans permettrait à ces enfants de sortir d'un rapport addictif et stéréotypé aux contenus vidéo visionnés. Enfin, du point de vue du processus thérapeutique engagé, nous faisons l'hypothèse d'une articulation entre temps de visionnement, permettant la projection des problématiques neuro-développementales de l'enfant, et le jeu à plusieurs, comme moment de reprise élaborative de ces mêmes problématiques.

Après avoir exposé la littérature scientifique existante sur le rapport aux écrans et sur les dispositifs à destination des enfants avec TSA utilisant des supports technologiques, nous décrirons ensuite la méthode transdisciplinaire propre à cette recherche et ayant servi de base à la conception de ce dispositif thérapeutique dont nous expliciterons ensuite le déroulé. Des cas cliniques serviront enfin d'appui à la discussion, soulevant les pistes de compréhension du processus thérapeutique de ce dispositif dans la perspective de recherches futures sur le *Vidéodrame*.

Revue de la littérature :

En psychologie du développement, il est aujourd'hui admis que les modifications neurologiques induites par l'usage des nouvelles technologies dès le plus jeune âge ont un effet sur les modalités d'apprentissage tout en offrant de nouveaux modes de communication [5]. L'usage de supports technologiques dans les prises en charge d'enfants TSA offre en ce sens des perspectives uniques d'acquisition de compétences [6], mais aussi thérapeutiques, d'accès à leurs particularités pour permettre une reprise du développement [5].

La littérature [7, 6, 8] met en évidence que les nouvelles technologies favorisent les apprentissages vers l'autonomie, ainsi que l'aide à la communication et aux compétences sociales des personnes avec TSA [9, 10]. Des agents virtuels, des applications dédiées de jeux ou encore en réalité augmentée favoriseraient le développement des compétences cognitives et des habiletés sociales des enfants et adolescents avec TSA. Le support technologique offre des occasions inédites d'explorations sensorielles, émotionnelles, d'imitation, d'attention conjointe dans un cadre d'apprentissage ou de thérapie.

Enfin, le *video based intervention* (VBI ou intervention basée sur la vidéo) s'est imposée comme une technique à part entière de l'arsenal de l'ABA [11]. Cette modélisation vidéo cible un comportement à imiter. La vidéo, préenregistrée ou conçue en filmant les enfants, va servir de modèle. Quatre processus comportementaux sont alors mobilisés : un processus attentionnel, un processus de rétention (où le modèle à imiter est codé en des symboles de sens mémorisés), un processus de production (où les symboles se muent en action) et un processus motivationnel (lorsqu'un renforcement positif par récompense est nécessaire). La très grande efficacité de l'outil vidéo dans la modélisation des comportements des enfants avec TSA [9]. (Bellini & Akullian, 2007) s'expliquerait par la capacité du support vidéo à mobiliser ces quatre processus [12] : En réduisant le champ attentionnel, en offrant des symboles déjà prêts à être mémorisés et transférés en action et enfin, en offrant une motivation suffisante en elle-même pour engager les enfants à en imiter les comportements. Ces hypothèses restent encore à mettre à l'épreuve lors d'études plus approfondies. Le VBI s'avère efficace pour enseigner un comportement à des personnes avec autisme, mais des questions demeurent [13]. Quelles autres pratiques devraient être combinées à la présentation de séquences vidéo ? Est-ce notamment le fait de rejouer ces scènes ou de les regarder compulsivement qui aide à réadapter le comportement ? Y-a-t-il des contenus vidéo plus à même d'encoder et généraliser le comportement chez l'enfant que d'autres ? Comment les séquences vidéo devraient-elles être présentées ? Qui bénéficierait de ces interventions ?

Depuis 2011, la littérature scientifique s'est malheureusement détournée des recherches sur la modélisation vidéo avec les enfants avec autisme, sans doute portée par le développement des recherches sur la robotique et les interfaces connectées. Cliniquement, les enfants avec TSA sont toujours autant accrochés aux contenus vidéos, auxquels ils accèdent avec une déconcertante facilité, même lorsqu'ils ne savent ni lire ni écrire. Sur le terrain, la dimension thérapeutique de l'outil vidéo nous semble encore sous-développée. Les lieux de soin proposant de recourir aux écrans dans les prises en charge sont encore rares, alors même que des travaux scientifiques pointent l'efficacité de ce type d'intervention – bien que davantage focalisés sur les techniques d'apprentissage par la vidéo que sur la dimension thérapeutique. En France, G. Lavallée [14] a œuvré et écrit sur les médiations thérapeutiques vidéo, à destination des adolescents psychotiques. Il a principalement mis en place des dispositifs thérapeutiques de réalisation de films par les adolescents où chaque moment filmé était simultanément retranscrit sur une télévision à vue du protagoniste. Ainsi, l'adolescent filmé se voyait instantanément filmé, créant ainsi une boucle perceptive. G. Lavallée insiste sur l'importance de la fonction de l'écran, qui sert de boucle contenante - ou boucle retour [3] – favorisant l'intégration psychique de sensations hallucinatoires chez le patient. Comment cette pratique de vidéaste-thérapeutes et ces théories sur l'usage de la vidéo en médiation thérapeutique peuvent-elles servir d'appui pour penser un dispositif thérapeutique au plus près des contenus vidéos visionnés par les enfants avec TSA ?

Diverses recherches soulignent que les enfants TSA présentent, d'une part, un traitement visuel atypique et un fonctionnement attentionnel singulier : évitement du regard, poursuite oculaire d'un stimulus en mouvement non opérant [15], etc. Ils auraient d'autre part un traitement auditif inhabituel [16]. Enfin, ces enfants TSA auraient un trouble de l'intégration multisensorielle [17]. Additionnés, ces dysfonctionnements majoreraient leur difficulté à entrer en relation avec autrui.

Au-delà de ce trouble de l'intégration multisensorielle, les études en psychologie cognitive ont mis en évidence chez les enfants avec trouble du spectre de l'autisme une atteinte qui affecterait plus spécifiquement les processus de traitement des informations sociales (expressions faciales, gestes, postures, etc.) et l'établissement d'une théorie de l'esprit [18, 19]. Cette dernière, qui fait référence à la capacité d'attribuer des états mentaux (croyances, sentiments, désirs, etc.) à soi-même et à autrui et à les utiliser pour comprendre et anticiper les actes d'autrui, serait alors altérée chez les enfants avec TSA qui ne seraient alors pas en mesure de considérer des états mentaux différents des leurs. Sous un angle complémentaire,

plusieurs auteurs ont mis en évidence les déficits des mécanismes d'imitation qui tiennent pourtant un rôle déterminant dans le développement de l'appréhension de l'agentivité et de la vie mentale d'autrui [20-22]. Les troubles de l'imitation sont à mettre en lien avec l'incapacité à développer normalement une théorie de l'esprit. Inversement, mobiliser les mécanismes d'imitation permettrait de favoriser l'attention conjointe [23] et d'améliorer les interactions des enfants avec TSA [24]. Les résultats de C. Tardif et al., (2007) montrent que ralentir des interactions sociales mises en jeu dans des vidéos permettrait aux enfants avec TSA de davantage traiter, reconnaître, assimiler et comprendre ces informations sociales et de consolider leur théorie de l'esprit.

Les recherches de B. Gepner & C. Tardif [25] alimentent aussi la réflexion sur les interventions basées sur la vidéo avec les enfants avec TSA. Ces travaux en sciences cognitives et neuropsychologie mettent en évidence que l'enfant avec autisme serait aux prises avec un « monde trop intense » [26]. Il souffrirait d'une saturation sensorielle au quotidien, n'arrivant pas à traiter l'ensemble des informations rapides qui lui parviennent et n'arrivant pas à traiter ensemble et simultanément des informations rapides issues de plusieurs canaux sensoriels, particulièrement une sensation cénesthésique en même temps qu'un bruit et qu'une information visuelle.

De manière intéressante, D. Meltzer [27], psychanalyste, et A. Bullinger [28], professeur de psychologie et de science de l'éducation, avaient en leur temps développé des idées similaires : les enfants avec TSA seraient aux prises avec des angoisses de démantèlement, n'arrivant pas à faire co-exister ensemble dans leur monde interne des flux sensoriels de canaux différents. Les stéréotypies seraient alors à considérer comme une stratégie protectrice, des « conduites refuge », un « agrippement » ou encore un « cramponnement » centré sur un seul canal sensoriel pour ne pas se désorganiser corporellement et psychiquement.

Dans une approche expérimentale, B. Gepner et C. Tardif ont proposé un ralentissement du monde pour aider les personnes avec TSA à traiter et appréhender les informations sensorielles qui les assaillent. Ce monde ralenti les aiderait à se rassembler. Ils ont ainsi développé un logiciel permettant le ralentissement de l'image dans les vidéos, sans altération du son.

Ces recherches sur le ralentissement de l'image offrent des perspectives pour penser la manière de présenter les contenus vidéo aux enfants. Nous pouvons en effet faire l'hypothèse que ce ralentissement ouvrirait les enfants à de nouvelles modalités relationnelles jusque-là

empêchées par leurs particularités sensorielles saturant tout leur champ attentionnel. La vidéo, et particulièrement la vidéo ralentie, les canaliserait, les rendant ainsi capables de s'intéresser aux contenus des informations traitées au sein même des vidéos. Cela permettrait aussi l'attention conjointe autour de l'objet vidéo et l'apparition de mécanismes d'imitation et d'identification aux rôles qui faciliteraient la mobilisation de la théorie de l'esprit. La reprise de ces mêmes contenus vidéo dans un temps de jeu de faire-semblant à plusieurs permettrait alors une reprise du développement affectif de l'enfant. Les modalités de rencontre offertes par le jeu symbolique ouvriraient l'enfant avec TSA à la relation intersubjective.

Le dispositif thérapeutique du *Vidéodrame* est en effet pensé à la croisée entre le constat des recherches de B. Gepner et C. Tardif sur la saturation sensorielle dont souffriraient les enfants avec TSA et le dispositif du psychodrame, utilisé depuis de nombreuses années dans les prises en charges d'enfants et d'adolescents en souffrance psychique.

Le *psychodrame*, créé par J. L. Moreno, mobilise un théâtre de la spontanéité. Le psychodrame psychanalytique peut être en groupe ou individuel. L'un comme l'autre cherche à mobiliser les scénarii fantasmatiques inconscients du sujet. L'activité de jeu permettrait de reprendre des scénarii non-aboutis, empêchés au sein de la scène psychique du sujet, pour leurs offrir un contour sensori-moteur et émotionnel. Le *psychodrame* servirait en ce sens à déployer une trame narrative conflictualisée que le sujet peut se réapproprier. Il peut ainsi devenir penseur de ses propres contenus psychiques et gagner en réflexivité.

Avec les enfants avec TSA, le *psychodrame* est peu pratiqué. Des dispositifs thérapeutiques par le conte sont plutôt privilégiés. Le conte offre en effet une trame narrative qui peut servir de squelette narratif à l'enfant [29, 30].

Finalement, le dispositif thérapeutique *Vidéodrame* est ainsi pensé à la croisée entre les *interventions basées sur la vidéo*, permettant de travailler les habiletés sociales, et la médiation thérapeutique *Conte*, permettant de replacer l'enfant au sein d'une trame narrative à portée subjectivante

La recherche sur ce dispositif permettrait d'apporter quelques réponses aux questionnements laissés en suspend au sein la littérature scientifique.

Méthode :

- Méthode de recherche :

Cette recherche est construite dans un dialogue entre psychologie clinique référée à la psychanalyse d'un côté et psychologie du développement et neuropsychiatrie de l'autre côté.

Les particularités de fonctionnement des enfants TSA mis en évidence dans les différents champs disciplinaires explorés nous ont permis de construire ce dispositif thérapeutique au plus près des particularités de ces enfants. L'approche se veut ici transdisciplinaire [31] : la psychanalyse s'appuyant pleinement sur les connaissances ouvertes par la neuropsychologie pour penser la dimension plus inconsciente, d'empreinte affective et fantasmatique. Ainsi, le constat d'une nécessité de ralentir le flux d'information pour les enfants TSA peut devenir une composante à part entière de leur prise en charge thérapeutique permettant de découvrir avec eux, autrement, leurs centres d'intérêts, non plus comme un système auto-centré et tournant sur lui-même, mais comme un espace possible de partage joué.

Les découvertes de qualité relationnelle et d'évolution dans le développement de l'enfant à partir de ces dispositifs thérapeutiques peuvent en retour faire avancer la compréhension neuro-développementale des enfants avec TSA. Nous pensons ici notamment à l'impact des particularités sensorielles dans le développement de ces enfants [32, 33]. Cette sémiologie est pour l'instant sous-estimée dans les recherches en psychologie du développement et en neuropsychologie au profit des troubles de la communication et des interactions. Pourtant, un certain nombre de ces troubles interactionnels pourraient trouver leur source dans des atypies sensorielles. Le cas échant, il serait pertinent d'élargir le spectre des prises en charge reconnues efficaces des enfants avec autisme, en y incluant des dispositifs thérapeutiques centrés sur l'exploration sensorielle, par la psychomotricité ou par la médiation du jeu d'imitation notamment.

C'est avec cette approche transdisciplinaire que nous présentons ici les prémises d'une recherche sur ce dispositif *Vidéodrame*, qui s'ancre dans la tradition psychodynamique de médiation thérapeutique avec les enfants TSA [34] tout en s'appuyant sur les recherches en neuropsychiatrie sur le « monde trop intense » [26] de l'autisme.

- **Présentation du dispositif clinique :**

Le *Vidéodrame* est donc un dispositif thérapeutique individuel ou de groupe. Son objectif premier est la mise au travail des particularités sensorielles des enfants en leur proposant de visionner au ralenti les vidéos qu'ils regardent de manière répétitive à la maison. Pratiqué en groupe, il a aussi pour objectif d'améliorer leur qualité d'interaction avec leurs pairs.

En individuel ou en groupe, le *Vidéodrame* est structuré en quatre temps qui peuvent être signifiés aux enfants par des pictogrammes de déroulé de séance.

- un premier temps d'accueil, avec un rituel d'entrée dans le groupe, marquant le moment du bonjour. Ce temps peut aussi être un espace d'échange sur les désirs des

enfants, en lien avec la séance précédente et pour les semaines à venir : Y-a-t-il une vidéo qu'ils ont vue dernièrement et qu'ils souhaiteraient partager avec le groupe ? Ici, les bases conversationnelles et la théorie de l'esprit (prendre en compte son propre état mental, celui de ses pairs et les partager), pièces maîtresses des habiletés sociales, sont ainsi travaillées. Les co-thérapeutes prennent note de ces demandes de vidéo pour les séances suivantes et peuvent au besoin appeler les parents en dehors de l'atelier, pour obtenir davantage d'informations : Quel extrait regarde-t-il particulièrement ? Cela permet aussi de créer une attention renforcée du parent sur les contenus visionnés par son enfant.

- un temps de visionnage de la vidéo. Une même vidéo peut être visionnée plusieurs séances de suite. En revanche, nous ne regardons l'extrait qu'une seule fois lors d'une même séance et un seul extrait est diffusé par séance. A chaque séance, un enfant peut choisir un extrait d'une vidéo. De ce fait, le tour de rôle et la gestion de la frustration sont ici travaillés. Des extraits ou des vidéos courtes, de dix minutes environ, sont privilégiés. Lorsque cela est possible, la vidéo est ralentie dès le premier visionnage. En pratique, nous ralentissons la vidéo plutôt à son deuxième visionnage après que l'enfant ait pu nous signaler le passage qui l'intéresse particulièrement.
- Cet intérêt de l'enfant se manifeste souvent au troisième temps de l'atelier : le temps du jeu. Nous choisissons ensemble de rejouer l'extrait visionné et la manière dont nous allons procéder. Les enfants choisissent leur personnage. Les co-thérapeutes peuvent choisir de jouer ou de les regarder. L'imitation et la théorie de l'esprit sont alors sollicités.
- Le dernier temps, de l'au revoir est lui aussi marqué par un rituel. Son objectif est double : signifier la séparation et remobiliser l'enfant dans ses sensations corporelles. Il peut s'agir d'un temps de relaxation, d'auto-massage...
- Un temps supplémentaire de dessin peut être ajouté avant le rituel de fin, servant d'espace de reprise et d'expression sur la séance.

L'indication principale du *Vidéodrame* concerne les enfants avec autisme avec un usage massif ou répétitif des écrans. Toutefois certains enfants avec autisme ne présentant pas d'intérêt privilégié pour les écrans ont pu être adressés au groupe dans le but de travailler les interactions sociales.

Résultats :

Les différentes prises en charge effectuées avec le *Vidéodrame* ont constitué le matériel clinique de notre étude exploratoire sur le dispositif. L'évolution clinique de ces enfants nous a permis de dresser les différentes hypothèses d'efficacité d'une telle médiation thérapeutique. Nous avons observé des changements rapides, en moins de dix séances, dans le tableau clinique de ces enfants avec TSA. Nous avons aussi observé une amélioration de leur communication et capacité d'interaction. Corrélativement, ce dispositif semble permettre aux thérapeutes de se construire des clés de compréhension des particularités sensorielles de ces enfants. Dans le *Vidéodrame*, les enfants semblent opérer une traduction en langage dessin-animé de leurs cris, postures physiques atypiques, auto ou hétéro-agressivité qui les rendent alors partageables par les co-thérapeutes, première voie vers la transformation de ces conduites atypiques.

Pour donner une illustration de ces résultats, nous allons relater le cas clinique d'un groupe, ayant eu lieu au sein d'un service ambulatoire de pédopsychiatrie.

Cas clinique de Flinn et Djibril :

Ce groupe de *Vidéodrame* était constitué de deux co-thérapeutes, une psychologue clinicienne et une neuropsychologue, et de deux garçons avec TSA, âgés de 6 ans à l'entrée dans le groupe et scolarisés en dernière section de maternelle pour une année de maintien. Ils amorçaient tous deux une entrée dans le langage aux débuts de la prise en charge.

Le premier garçon, que nous appellerons Flinn, avait été suivi dès l'âge de trois ans, sa mère ayant repéré une intolérance à la frustration et des crises clastiques d'une intensité anormale. L'examen clinique a mis en évidence un trouble du spectre de l'autisme modéré, avec retard dans le langage réceptif et expressif, difficultés dans les interactions, dans l'imitation et dans les activités, quelques stéréotypies, sans déficience intellectuelle ni troubles associés. La prise en charge fut orientée vers des groupes à médiation conte et de la psychomotricité, ainsi que vers un accompagnement individualisé à domicile, en complément de sa scolarité avec AESH. Le groupe de *Vidéodrame* lui a été indiqué dans l'objectif premier de travailler les habiletés sociales et la sphère sensori-motrice. Il posait en effet beaucoup de questions sur le corps des autres. Il était cependant peu intéressé par les dessins-animés à l'arrivée dans le groupe.

Le deuxième garçon, que nous nommerons Djibril a été repéré dès ses deux ans par le médecin généraliste sur inquiétude des parents pour retard de langage, évitement du regard et intérêt restreint et privilégié pour les voitures. Il ne débutera réellement les soins qu'à ses quatre ans, à l'arrivée dans le service de pédopsychiatrie, où il présentait des cris, un évitement

du regard, un retrait relationnel, une agitation très importante et des conduites de mise en danger. L'examen clinique a mis en évidence à ses quatre ans un trouble du spectre de l'autisme de niveau moyen, avec un important retard de langage, malgré un bon niveau cognitif et sans déficience intellectuelle associée. Il présentait un trouble associé d'hyperactivité et trouble des conduites. Du point de vue de sa prise en charge, il a été orienté vers de l'équithérapie, un groupe à médiation conte, de la psychomotricité. En parallèle, il était scolarisé avec AESH et il fréquentait le centre de loisirs. Le groupe de Vidéodrame lui a été indiqué car il présentait un intérêt privilégié pour certaines séquences du dessin-animé *Cars*, avec son héros *Flash Mac Queen*, une voiture de course rouge allant très vite.

Le groupe de *Vidéodrame* a donc démarré avec cette proposition de visionnage. Nous avons ralenti l'extrait d'une des courses. Djibril y a été très attentif, approchant sa tête à quelques centimètres de l'écran. Il vocalisait également en même temps que les protagonistes.

Flinn semblait plus intéressé par Djibril que par la vidéo. Il le regardait avec intensité et l'imitait. A la suite de ce visionnage, les premiers jeux que nous avons mis en place étaient très proches des besoins d'éconduite motrice de Djibril et de la porosité à l'excitation de Flinn : Comme une course de voiture, tantôt tous en file, sur des poufs de couleurs (le pouf de couleur rouge étant réservé à Djibril), tantôt les adultes servant de ligne d'arrivée, les enfants se jetant alors dans leurs bras.

Puis, nous avons proposé un autre extrait de *Cars* que nous espérions plus parlant pour Flinn. Dans cette scène, les deux héros faisaient une farce à des vaches-tracteurs, jusqu'à ce qu'un taureau-moissonneuse batteuse vienne défendre son troupeau. Cette scène, très structurée du point de vue dramatique, fit un fort effet sur Flinn qui pour la première fois sembla s'intéresser au contenu vidéo. Dans le temps de jeu, les enfants, Flinn en tête, souhaitaient alors rééditer strictement l'extrait, en explorant toutes les modalités : la farce, la force du taureau menaçant, la défense de la famille des importuns. Flinn alternait entre l'incarnation du meilleur ami de Flash ou celle du taureau.

Djibril était Flash, sans débat possible, mais il arrivait à suspendre sa grande agitation motrice de manière adaptée pour servir l'histoire. Il se mit alors à réclamer une autre vidéo : celle d'un humain qui commande une bande de chiens en voitures et motos de course. Là aussi, au visionnage, Djibril répétait les voix ralenties des protagonistes. Durant le temps du jeu, il voulut faire le garçon qui commande aux chiens. Pour la première fois, nous assistions à un changement dans son comportement : il arrêta de courir partout et fit preuve de sollicitude envers ces chiens en détresse.

Cet épisode a marqué un tournant dans la prise en charge de Djibril. A la suite de ces quelques séances, les troubles du comportement de Djibril décrivirent. Il entra dans une phase de régression en groupe, demandant à être le bébé d'une des co-thérapeutes, se blottissant contre cette dernière et demandant à être porté d'un endroit à l'autre comme pour un tout petit. Djibril accepta de se mettre en appui dos et expérimenta une certaine contenance physique. Il semblait prendre de plus en plus conscience du danger.

Flinn de son côté, semblait avoir trouvé dans les dessins animés une source d'inspiration. Il se mit à regarder plus de dessins animés à la maison, développant une réelle curiosité pour les histoires et les personnages et rejouant à la maison des scènes, à la manière de ce que nous faisons en groupe. Il devenait capable de jouer seul à la maison, sa mère nous disant qu'il pouvait rester longtemps à s'occuper dans sa chambre. Elle nous fit aussi une longue liste de ses dessins animés favoris que nous avons proposé à Flinn lors des séances suivantes.

Il s'agissait d'abord d'un extrait présentant une tribu de chiens. Flinn et Djibril initièrent et questionnèrent des scénarii autour de l'amitié entre pairs, du partage, de la jalousie. Dans cette vidéo, Flinn demanda aussi à rejouer un passage très précis. Un chien cassait une table et tout son contenu se répandait sur le sol. Au temps du dessin, il figura les chiens, puis des barres qu'il définissait comme des barres de son. Puis il se mit à faire de multiples points sur sa feuille, qu'il décrivit comme « le bruit, partout partout ». Cet épisode rendit plus attentives aux particularités sensorielles de Flinn. Le contenu répandu sur le sol semblait renvoyer chez lui au bruit déstructurant de l'image du corps. Nous avons mis cela en lien avec son score encore très bas en psychomotricité fine et globale (un retard de développement de plus de trois ans dans ces items) à l'issue d'une nouvelle passation du PEP-3. Flinn semblait fixer son attention sur des parties de son propre corps et du corps des autres, dans une conscience corporelle clivée entre haut et bas de son corps. Nous avons ainsi accentué le temps de relaxation en fin de séance.

Le groupe a continué l'année suivante, année de l'entrée en CP à temps plein avec AESH des deux enfants. L'année a été marquée par le confinement, ayant modifié le cadre du groupe vers des rencontres par l'intermédiaire de la visio-conférence. Pour l'un et pour l'autre, le groupe s'est arrêté en cette fin de deuxième année de suivi, vers un arrêt des soins pour Flinn qu'une nouvelle passation de PEP-3 évaluait à un âge développemental correspondant à son âge réel, et une augmentation des temps scolaires adaptés pour Djibril.

Le cas de Flinn et Djibril éclaire les modalités de travail thérapeutique potentielles du *Vidéodrame* pour les enfants avec TSA. Flinn s'est approprié le dispositif, au point de le

rééditer à son domicile. Cela semble lui avoir permis d'entrer dans l'imitation et de s'ouvrir ~~s'est ainsi considérablement ouvert~~ à son monde imaginaire. Alors qu'il était très en difficulté pour articuler ses contenus de pensée, dans un recours massif aux stratégies de vérifications et aux questionnements répétitifs, il semblait de plus en plus capable de déployer une pensée en son nom propre. Il était capable de mettre en scène des jeux symboliques élaborés, espaces d'illusion (Winnicott, 1971) pour mettre en sens ses préoccupations psychiques. Parallèlement, en groupe, il s'ajustait de mieux en mieux dans la relation à ses pairs. Les vidéos devenaient des supports pour questionner les différentes émotions et la limite de certaines motions sadiques dans la relation aux autres. Le travail sur les habiletés sociales et sur ses fantasmes de toute-puissance se dégageaient comme axes de travail à prolonger, en fin de prise en charge.

Pour Djibril, le *Vidéodrame* semble avoir été un lieu essentiel pour l'aider dans la voie de l'apaisement de son agitation psychomotrice. Il a aussi pu s'y ouvrir à une relation intersubjective plus élaborée. Ces transformations ont pris appui sur la mise en scène à plusieurs des scénarii qu'il compulsait habituellement en solitaire. Le visionnage d'extraits de *Cars* lui a permis de partager dans la relation son identification à un petit bolide. Les temps de jeu permettait que nous donnions un sens au sein d'une histoire à ce qui habituellement portait le non-sens et le débordement psychique pour Djibril. Sa proposition d'un deuxième dessin animé s'est accompagnée d'un changement de position identificatoire chez lui. Il incarnait dans le jeu un personnage humain, se décalant de son image de petit bolide, pour devenir celui qui coordonne une tribu de bolides. Cette transformation dans le jeu nous semble refléter une transformation psychique de Djibril : il n'était plus dépassé par une excitation le poussant à l'éconduction motrice, mais capable de penser son excitation pour la canaliser. Cela s'est d'ailleurs accompagné cliniquement d'une baisse significative de son agitation motrice et de moments de régression. Il semblait avoir besoin d'être enveloppé comme un nourrisson, comme pour expérimenter une unité de l'image de son corps. Cette unification d'un « moi corporel » [3] s'est accompagnée de nouvelles modalités d'interactions sociales dans le groupe. Il demandait s'il fallait partager avec Flinn et avec les adultes du groupe. Il associait cela à des questions sur ses petits frères et sœurs et de l'attention partagée qu'ils recevaient.

Discussion :

Ce cas clinique pointe certaines propriétés de l'outil vidéo et la manière dont il pourrait se faire support des processus psychiques en attente de symbolisation des enfants avec TSA [34]. Ces enfants semblent investir ces dessins animés comme surface de projection de

problématiques internes en attente de traitement psychique. Leurs atypies sensorielles sont accueillies et travaillées au sein de ce dispositif. Le support vidéo semble aimer ces sensorialités en souffrance. Le temps de jeu sur la vidéo devient alors un espace de réinscription de ces éprouvés dans une trame narrative, donnant des repères pour penser et se penser plutôt qu'agir et être agi.

Nous faisons l'hypothèse que proposer aux enfants avec TSA de visionner au ralenti des dessins animés désaturerait leur champ d'attention [25]. Ralentir le contenu et le rejouer permettraient en ce sens d'amorcer une intégration multisensorielle [17]. Nous voyons d'ailleurs dans le cas clinique que lorsque ce processus d'intégration est à l'œuvre, les enfants gagnent en capacité d'interaction et de communication.

Cette capacité du support vidéo à aimer l'attention des enfants avec TSA a cependant de quoi interroger. En effet, le cas de Djibril notamment met en exergue un usage de la vidéo comme un espace de potentiel d'action. Cette dernière semble mobilisée, mais suspendue. L'efficacité de l'outil vidéo avec les enfants autistes pourrait se loger aussi ici : pour affiner, les processus attentionnels, de rétention, de production et motivationnel décrits par A. Bandura [35], mais aussi comme objet d'attention conjointe, engageant les mécanismes d'identification et la réversibilité des places, passage nécessaire pour mobiliser la théorie de l'esprit chez tout un chacun. Le processus de production permis par le support vidéo, où les symboles se muent en action doit être pensé en lien avec le processus motivationnel engagé par le visionnement des vidéos. Les enfants avec TSA sont particulièrement attirés par quelques contenus vidéos, car ils recrutent l'action. Ces dessins animés vont résonner avec les télescopes synesthésiques sensoriels avec lesquels ces enfants sont habituellement aux prises. Nous pouvons faire l'hypothèse que le visionnage au ralenti de dessins animés va opérer un resserrement attentionnel permettant d'une part le traitement d'informations visuelles habituellement non opérées, d'autre part de drainer les atypies sensorielles habituellement associées à un traitement visuel partiellement opérant. Le cas de Flinn, mais aussi de bien d'autres enfants suivis dans ce dispositif, met en lumière l'association particulière chez lui de la sensation cénesthésique de chute du chien sur la table, de la vue de cette scène et d'un bruit qui le désorganise. Regarder la vidéo au ralenti et ensuite la rejouer semble avoir permis de décondenser le télescope synesthésique qui avait lieu chez lui, où chaque sens est associé de manière confuse, renvoyant à des éprouvés de démantèlement de l'image du corps [27]. Cela permettrait de mieux intégrer ces sensations, dans une transmodalité sensorielle [36], où les différents sens (cénesthésique, de la vue et de l'ouïe) se

compléteraient et alimenteraient une meilleure appréhension par l'enfant de son environnement et de l'image de son corps [37].

Le temps de jeu semble d'ailleurs être un temps crucial pour que les enfants puissent expérimenter dans leur corps et en action ce qu'ils avaient perçus et projetés dans les dessins animés. Les dessins animés semblent risquer de créer un univers autarcique dans lequel les enfants avec autisme se complaisent. L'action y reste suspendue, les sensations captivantes générées par le rapport à l'écran les enferment dans leurs atypies sensorielles autistiques. Ainsi, le temps du jeu permettrait de réintégrer une boucle relationnelle habituellement manquante dans le visionnement solitaire des dessins animés. Cela permettrait aussi une relocalisation dans le corps des sensations que les enfants avaient jusqu'ici externalisées dans la vidéo. Grâce au jeu partagé avec l'adulte et avec ses pairs, l'enfant rééprouve les sensations atypiques qui l'avaient sans doute conduit à se réfugier dans le visionnage compulsif de vidéos au pouvoir d'apaisement autant que d'évocation de la sensation en souffrance. Le jeu partagé permettrait une mise en récit et une structuration dramatique qui aiderait l'enfant à sortir du seul pouvoir captivant de la sensation. Les éprouvés sensori-moteurs peuvent ainsi s'enrichir des symboles proposés par l'histoire animée en prenant un sens dans le monde imaginaire de l'enfant.

Ces premiers éléments d'analyse de ce dispositif thérapeutique encouragent à poursuivre des recherches à ce sujet, notamment grâce à un protocole de recherche plus formalisé, de test-retest, mais aussi d'analyse qualitative des processus psychiques en jeu au fil des séances par une cotation inter-juges de plusieurs items au sein des séances (rapport à la vidéo, interactions sociales, rapport au jeu et contenus des jeux...). Nous souhaiterions aussi faire varier le degré de ralentissement de l'image et le temps de jeu en fonction des groupes, pour permettre de mesurer l'impact de ces différents cadres d'intervention avec les enfants TSA.

Conclusion :

Ce dispositif thérapeutique de *Vidéodrame*, à mi-chemin entre les *interventions basées sur la vidéo* et des prises en charge à vocation plus thérapeutique telles que la *médiation conte* et le *psychodrame*, offre ainsi des perspectives intéressantes pour continuer à creuser les questionnements toujours en suspens sur l'efficacité des *interventions basées sur la vidéo*. Nous faisons l'hypothèse que le ralentissement des scènes et la proposition de rejouer ces mêmes scènes sont des pierres angulaires du dispositif lorsqu'il s'agit de servir des objectifs thérapeutiques de reprise du développement psycho-affectif de l'enfant.

Nous nous interrogeons encore sur la part de réintégration sensorielle permise par ce dispositif. Ainsi, une évaluation fine des particularités sensorielles des enfants, à l'aide du profil sensoriel de Dunn par exemple, permettrait de mettre en lumière l'impact de cette intervention sur les particularités sensorielles des enfants avec TSA.

Cette recherche pointe la place importante prise par les outils technologiques dans le quotidien des enfants et des adolescents aujourd'hui, comme espace où peut aussi se loger le jeu et la créativité. Il importe, en tant que chercheur et clinicien, de s'interroger sur ces nouveaux modes de communication pour mieux comprendre ce qui se joue dans le rapport à ces outils, mais aussi pour ouvrir à de nouvelles pratiques de soin psychique. Cette recherche pointe enfin toute la richesse heuristique d'un maillage transdisciplinaire entre approche neuropsychologique et pensées psychanalytiques, qui dans ce travail, loin d'être antagonistes se complètent dialectiquement.

Références :

1. Valeri, G., & Speranza, M. (2009). Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement. *Développements*, 1(1), 34.
2. American Psychiatric Association. (2013). Trouble du spectre de l'autisme. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC : American Psychiatric Association.
3. Haag, G. (2018). *Le moi corporel: À partir de la clinique psychanalytique de l'autisme et de l'observation du premier développement*. Paris. PUF
4. Tisseron, S. et al. (2013). *Subjectivation et empathie dans les mondes numériques*. Paris. Dunod.
5. Nadel, J. (2017). Psychopathologie développementale: Une esquisse d'état des lieux en 2017. *Enfance*, N° 4(4), 523–539.
6. Grynspan, O., Weiss, P. L., Perez-Diaz, F., & Gal, E. (2014). Innovative technology-based interventions for autism spectrum disorders: A meta-analysis. *Autism*, 18(4), 346–361.
7. Aresti-Bartolome, N., & Garcia-Zapirain, B. (2014). Technologies as support tools for persons with autistic spectrum disorder: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(8), 7767–7802.
8. Lorah, E. R., Parnell, A., Whitby, P. S., & Hantula, D. (2015). A systematic review of tablet computers and portable media players as speech generating devices for individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3792–3804.
9. Bellini, S., & Akullian, J. (2007). A Meta-Analysis of Video Modeling and Video Self-Modeling Interventions for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Exceptional Children*, 73(3), 264–287.
10. Still, K., Rehfeldt, R. A., Whelan, R., May, R., & Dymond, S. (2014). Facilitating requesting skills using high-tech augmentative and alternative communication devices

- with individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1184–1199.
11. McCoy, K., & Hermansen, E. (2007). Video Modeling for Individuals with Autism: A Review of Model Types and Effects. *Education and Treatment of Children*, 30(4), 183–213.
 12. Corbett, B. A., & Abdullah, M. (2005). Video modeling: Why does it work for children with autism? *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(1), 2–8.
 13. Rayner, C., Denholm, C., & Sigafos, J. (2009). Video-based intervention for individuals with autism: Key questions that remain unanswered. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(2), 291–303.
 14. Lavallée, G. (2011). La vidéo: Pour-quoi-faire ? In *Les médiations thérapeutiques* (pp. 135–148). Toulouse, Eres “le Carnet PSY.”
 15. Adrien, J. L., Lenoir, P., Martineau, J., Perrot, A., Hameury, L., Larmande, C., & Sauvage, D. (1993). Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 617–626.
 16. Gepner, Bruno, Tardif, C., & Thomas, K. (2002). Contribution à l'évaluation du système phonologique explicite chez des enfants autistes. *Revue parole*, 21, 35–72.
 17. Stevenson, R. A., Segers, M., Ferber, S., Barense, M. D., & Wallace, M. T. (2014). The impact of multisensory integration deficits on speech perception in children with autism spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, 5.
 18. Baron-Cohen S., Spitz A., & Cross P. (1993). Do children with autism recognise surprise? A research note. *Cognition & Emotion*, 7(6), 507-516.
 19. Happé, F. G. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child development*, 66(3), 843-855.
 20. Hobson R. P., & Lee, A. (1999). Imitation and identification in autism. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 40(4), 649-659.
 21. Williams J. H., Whiten A., & Singh T. (2004). A systematic review of action imitation in autistic spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(3), 285-299.
 22. Rogers, S. J., Hepburn, S. L., Stackhouse, T., & Wehner, E. (2003). Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44(5), 763-781.
 23. Moore C., Dunham P. J., & Dunham P. (Eds.). (2014). *Joint attention: Its origins and role in development*. Psychology Press
 24. Nadel J. (2016). *Imiter pour grandir-2e éd.: Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod.
 25. Tardif, C., Lainé, F., Rodriguez, M., & Gepner, B. (2007). Slowing down presentation of facial movements and vocal sounds enhances facial expression recognition and induces facial–vocal imitation in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(8), 1469–1484.
 26. Gepner, B., Lainé, F., & Tardif, C. (2010). Désordres de la constellation autistique: Un monde trop rapide pour un cerveau disconnecté ? *PSN*, 8(2), 67–76.
 27. Meltzer, D. (2002). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris. Payot & Rivages.
 28. Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse. Erès.

29. Chouvier, B. (2015). *La médiation thérapeutique par les contes*. Paris. Dunod.
30. Lafforgue, P. (1995). *Petit Poucet deviendra grand: Le travail du conte*. Paris. Seuil.
31. Ciccone, A. (2018). *Aux frontières de la psychanalyse: Soins psychiques et transdisciplinarité*. Paris. Dunod.
32. Cruveiller, V. (2019). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique: Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 62(2), 455–470.
33. Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133–148.
34. Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris. Dunod.
35. Bandura, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359–373.
36. Stern, D. (2003). *Le Monde interpersonnel du nourrisson* (4e ed.). Paris. PUF.
37. Lheureux-Davidse, C (2018). La prise en compte en psychothérapie des vécus sensoriels des enfants autistes. *Enfances & Psy*, 2018/4 (N° 80), 122-134.