

Les dessins animés pour transformer les atypies sensorielles des enfants avec autisme : le dispositif thérapeutique du *Vidéodrame*

Tamara Guénoun, Clémentine Tiberghien, Anne-Marie Vaillant-Juteau

DANS LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2022/1 Vol. 65 , PAGES 87 À 99

ÉDITIONS PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130835011

DOI 10.3917/psy.651.0087

Date de mise en ligne : 06/05/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2022-1-page-87?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LES DESSINS ANIMÉS POUR TRANSFORMER LES ATYPIES SENSORIELLES DES ENFANTS AVEC AUTISME : LE DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE DU VIDÉODRAME

TAMARA GUÉNOUN¹
CLÉMENTINE TIBERGHIE²
ANNE-MARIE VAILLANT-JUTEAU³

LES DESSINS ANIMÉS POUR TRANSFORMER LES ATYPIES SENSORIELLES DES ENFANTS
AVEC AUTISME : LE DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE DU VIDÉODRAME

Les dessins animés ont été repérés comme intérêt privilégié chez certains enfants avec TSA. Ce constat clinique a été le point de départ du développement d'un dispositif thérapeutique basé sur le visionnement ralenti et la remise en jeu des dessins animés regardés répétitivement par ces enfants avec TSA. Sont présentés successivement le dispositif et l'approche pluri-psychologique entre psychanalyse et neuropsychologie soutenue dans ce dispositif. Le matériel clinique de deux cas de suivis permet de discuter des modalités thérapeutiques de ce dispositif, de la mise en scène des atypies sensorielles des enfants, vers une symbolisation de ces contenus psychiques en attente d'inscription avec mise en forme d'une structure narrative chez ces enfants. Le Vidéodrame met notamment en évidence l'importance des télescopes synesthésiques de canaux sensoriels chez les enfants avec TSA, soulignant certaines particularités de leur rapport aux écrans.

Mots-clés : trouble du spectre autistique, intervention basée sur la vidéo, médiation thérapeutique, jeu, sensorialité, narrativité.

CARTOONS TO TRANSFORM THE SENSORY ATYPIA OF CHILDREN WITH AUTISM:
THE THERAPEUTIC SETTING OF VIDEODRAMA

Cartoons have been identified as a special interest for some children with ASD. This clinical finding was the starting point for the development of a therapeutic setting based on the slowed down viewing and replay of cartoons usually watched repetitively by these children with ASD. The method and the pluri-psychological approach between psychoanalysis and neuropsychology which served as a basis for reflection in the conception of this therapeutic program are presented successively. Two case-studies allow us to discuss the therapeutic modalities of this therapeutic setting, from the staging of the sensory atypia of the children, towards a symbolization of these psychic contents awaiting inscription with the shaping of a narrative structure for these children. The Videodrama highlights the importance of "synesthetic telescoping" of sensory canals in children with ASD, underlining certain particularities of their relationship to screens.

Keywords: autism spectrum disorder, video-based intervention, therapeutic mediation, play, sensoriality, narrativity.

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

2. Neuropsychologue, Pôle de pédopsychiatrie, Hôpital R. Ballanger – Boulevard R. Ballanger, 93600 Aulnay-sous-Bois.

3. Pédopsychiatre, Pôle de pédopsychiatrie, Hôpital R. Ballanger – Boulevard R. Ballanger, 93600 Aulnay-sous-Bois.

INTRODUCTION

La consommation trop importante des écrans chez les jeunes enfants les rend-ils autistes ? (Benjamin, 2017). Telle est l'inquiétude qui transparait de plus en plus dans les médias et journaux grand public alors même que l'aire du numérique est depuis une dizaine d'années à son apogée.

Les spécialistes de la petite enfance ont depuis nuancé ce propos, pointant le risque de développer des défenses autistiques pour un enfant chez qui les besoins développementaux ne seraient pas remplis (Esseily et al., 2017). La vidéo, toute animée qu'elle soit, ne peut se substituer à l'activité psychomotrice. La tablette, toute interactive qu'elle soit, ne peut pas faire fonction d'environnement suffisamment bon. Les scènes d'amitié et de jeu à plusieurs, toutes sympathiques et joviales qu'elles soient, ne remplacent pas les temps d'interaction sociale.

Pour autant, ces interrogations soulignent l'accrochage intensif des enfants aux outils virtuels-numériques, y compris chez les enfants avec un trouble avéré du spectre de l'autisme. Chez ces derniers, nous pouvons observer des modalités spécifiques d'usage des écrans, en résonance avec leurs intérêts et activités restreintes. Un certain nombre d'enfants avec TSA ont tendance à regarder en boucle des vidéos : passages de dessins animés, clip, etc. Comment comprendre et expliquer leur rapport particulier aux contenus vidéos ? De prime abord, cela peut être considéré comme une extension sur l'écran de leurs symptomatologies autistiques. Cependant, cela interroge également sur ce que cet outil mobilise chez ces enfants et ce qu'ils y trouvent. Cet article se propose de mener une réflexion en ce sens à partir d'une étude exploratoire du dispositif thérapeutique *Vidéodrame*, construit à mi-chemin entre intervention basée sur la vidéo et médiation thérapeutique par le jeu théâtralisé.

Après avoir explicité la naissance du dispositif *Vidéodrame*, nous reviendrons sur la conception du soin des enfants avec troubles du spectre de l'autisme inhérente à ce dispositif, en articulation entre approche psychanalytique et neuropsychologique du trouble. Nous exposerons ensuite deux vignettes cliniques, nous permettant de déployer une première analyse clinique du rapport aux écrans des enfants avec troubles du spectre de l'autisme ainsi qu'une meilleure compréhension des particularités sensorielles de ces enfants.

LE VIDÉODRAME, NAISSANCE D'UN DISPOSITIF CLINIQUE

Ce dispositif de prise en charge des enfants avec TSA, parti du constat clinique que bon nombre de ces enfants regardent compulsivement et de manière répétitive des extraits très précis de dessins animés nous fut directement suggéré, dès les années 2000, par les parents. Ces derniers nous interpellaient sur la fascination de leur enfant avec autisme pour certaines vidéos, certaines musiques et surtout certaines séquences sur lesquelles ils revenaient inlassablement. Par exemple, un de ces enfants suivi en service de pédopsychiatrie et participant à un groupe *Conte* regardait à la maison en boucle des personnages de dessins animés en train de chuter, de trébucher. En groupe, il se

lançait souvent de l'espalier et prenait grand plaisir à voir rejouer la chute du loup dans la marmite des trois petits cochons. De plus, il répétait fréquemment une stéréotypie où il courait, s'arrêtait brutalement comme au bord d'un précipice et criait « oooh » en écarquillant les yeux, penché vers l'avant.

Progressivement, nous avons eu l'intuition que s'intéresser de plus près à ce qui se passait pour eux, durant le visionnage de ces vidéos, nous fournirait des clés de compréhension surtout en ce qui concerne le rapport entre leurs atypies sensorielles, leurs stéréotypies, et les contenus des vidéos regardées.

Le *Vidéodrame* ainsi est né, structuré comme une médiation thérapeutique par le conte, selon les modalités de P. Lafforgue (1995). Il a été conçu d'abord comme espace thérapeutique individuel puis a été adapté au fil des ans en dispositif thérapeutique de groupe, pour quatre enfants maximums. Il est important que les enfants ne soient pas trop nombreux au sein du groupe, afin que chacun puisse proposer des extraits vidéos au cours du suivi.

En première intention, nous l'avons pensé pour des enfants avec diagnostic d'une TSA selon les critères du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) (déficit de communication et d'interaction sociale, caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou des activités et existence de spécificités sensorielles) de niveau modéré à sévère. Derrière ce syndrome, il existe une grande diversité de fonctionnement psychique et de problématiques (Delion & Golse, 2013 ; Rutter & Schopler, 1978). Les intérêts restreints (Bourreau et al., 2009) autour des écrans et les atypies sensorielles (Le Menn-Tripi et al., 2019 ; Stanciu & Delvenne, 2016) de l'enfant constituent les principales indications pour ce dispositif, des études pointant la centralité de ces aspects dans les difficultés présentées par les enfants avec des troubles du spectre de l'autisme (Barton et al., 2015 ; Case-Smith et al., 2015 ; Cruveiller, 2019 ; Lang et al., 2012). Nous veillions toutefois à ce que les enfants au sein d'un même groupe présentaient un niveau homogène de fonctionnement. Nous nous interrogeons actuellement sur la déficience intellectuelle associée comme facteur d'exclusion. Cependant, étant encore en cours d'élaboration et d'expérimentation ce dispositif pourra dans un second temps être également pensé pour des enfants avec trouble du neurodéveloppement associé.

En groupe comme en individuel, la structure de la médiation reste la même, à la manière d'un atelier conte. Les séances commencent par un temps d'accueil avec un rituel d'arrivée. Puis, après un temps d'échange sur les vidéos regardées dans la semaine, un temps de visionnage d'une séquence vidéo est proposé. Notons que la même séquence peut être regardée sur plusieurs séances consécutives. Un changement d'extrait à visionner sera discuté au préalable entre les participants, particulièrement lorsqu'il s'agira d'un *Vidéodrame* de groupe. Ensuite, les participants jouent ensemble un petit scénario en lien avec l'extrait visionné. Dans l'esprit de la médiation par le conte de P. Lafforgue, il est demandé aux participants de garder la structure dramatique de l'histoire racontée. Pour autant, le jeu peut s'attacher à déployer seulement un passage de l'extrait ou une dimension particulière tel que par exemple, le geste d'un protagoniste, joué au ralenti ou sous plusieurs angles. De plus, plusieurs médias corporels et de jeu peuvent être utilisés, tel que l'usage de figurines, de marionnettes, de jeux d'ombres. Au sein de ce temps de jeu, il s'agit de co-construire à partir des propositions et intérêts des enfants, repris à la volée et mis sous forme de scénarii par les co-thérapeutes. Enfin, un temps de

dessin permet aux enfants d'illustrer sur papier ce qui a suscité leur intérêt durant la séance. Enfin, la séance se conclut par un rituel d'au revoir s'apparentant à un temps de relaxation ou de conscience corporelle.

La construction de ce dispositif clinique s'appuie également sur les théorisations de « l'école Lyonnaise » sur la médiation thérapeutique avec l'idée que le support vidéo peut devenir un médium malléable, dans ce cadre transférentiel proposé (Brun et al., 2013). L'enfant va pouvoir utiliser les propriétés messagères de la vidéo et les propriétés créatives du jeu comme support à ses propres questionnements psychiques. L'hypothèse centrale du dispositif est en effet que l'intérêt de certains enfants avec TSA pour certains extraits précis de dessins animés démontre que les propriétés intrinsèques à la vidéo sont à même de se faire support d'intérêts particuliers chez ces enfants. Plus spécifiquement, nous faisons l'hypothèse que ces extraits vidéos seraient le réceptacle de leurs particularités sensorielles. Autrement dit, la vidéo, par ses propriétés propres, serait un attracteur des dimensions de signifiants formels (Anzieu et al., 1987), de pictogrammes (Aulagnier, 1975), de processus psychiques antérieurs à l'avènement de la symbolisation primaire (Roussillon, 1999) pour les enfants avec TSA. Une médiation thérapeutique basée sur la vidéo permettrait ainsi de mettre à jour, dans le transfert, ces atypies sensorielles, pour secondairement accompagner l'enfant dans la symbolisation et la transformation subjective de ces particularités en souffrance.

Sur cette dimension transformatrice du jeu avec l'enfant, le *Vidéodrame* s'appuie sur les travaux de recherche sur le dispositif thérapeutique de *Psychodrame*, aussi bien individuel que groupal. Dans le Vidéodrame, le temps de visionnage de vidéo vient en lieu et place du temps de conception de scénario par les participants. Le choix de l'extrait vidéo par les participants revêt alors une fonction centrale. Également, cela peut permettre une amorce de communication, là où le retard de langage de ces enfants ne nous permet pas toujours de comprendre ce qui anime leur monde interne. Comme en psychodrame, en *Vidéodrame*, le temps de jeu est investi par les co-thérapeutes comme un espace de figuration du monde interne des participants (Amar et al., 1991 ; Anzieu, 1956 ; Widlöcher, 2003). Les interventions jouées des co-thérapeutes ont alors fonction de mise en représentation de contenus en attente de contenants pour les enfants (Attigui, 2012). Le jeu devient ainsi un espace de rêverie, où les co-thérapeutes et les enfants figurent dans leurs corps, dans leurs gestes, dans leurs voix ce qui est habituellement en souffrance de symbolisation du vécu de ces enfants.

Enfin, ce dispositif de *Vidéodrame* s'est appuyé sur les recherches en psychologie expérimentale sur la dimension de « monde trop intense » chez les enfants autistes. Les recherches de P. Tardif et B. Gepner (2010) ont en effet mis à jour la difficulté des enfants avec autisme à mobiliser conjointement plusieurs canaux sensoriels. Ils souffriraient d'une saturation sensorielle au quotidien, n'arrivant pas à traiter l'ensemble des informations rapides qui leur parviennent et n'arrivant pas à traiter ensemble et simultanément ces informations issues de plusieurs canaux sensoriels, particulièrement une sensation cénesthésique en même temps qu'un bruit et qu'une information visuelle. Ces chercheurs ont proposé un logiciel de ralentissement des vidéos afin de faciliter l'attention des enfants avec autisme aux films et dessins animés qu'ils regardent. Compte tenu de leurs résultats probants, nous avons introduit l'uti-

lisation de ce logiciel dans les séances. Classiquement, une vidéo était regardée d'abord à sa vitesse normale puis, sur la séance suivante, à vitesse ralentie.

L'introduction de cet outil, issu des connaissances acquises dans une autre épistémologie a conduit à mener une réflexion inter-spécialité au sein du champ disciplinaire de la psychologie. Ce dialogue a ainsi bâti une méthodologie de travail au sein de ce dispositif clinique. La co-animation de l'atelier était assurée à la fois par une psychologue clinicienne référée à la psychanalyse et par une neuropsychologue.

POUR UN ACCOMPAGNEMENT PLURI-PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS AVEC TSA

L'autisme, trouble aujourd'hui considéré comme neuro-développemental s'étalant sur un large spectre, de problèmes de communication et d'interactions légers, en passant par des intérêts privilégiés, jusqu'à des formes graves avec stéréotypies et incapacité d'accéder au langage verbal (American Psychiatric Association, 2013).

Les modalités de prise en charge des enfants avec troubles du spectre de l'autisme font débat aujourd'hui en France. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé encouragent les structures à opter pour un accompagnement éducatif visant à compenser le handicap induit par le trouble neuro-développemental avec des outils de communication qui autonomisent l'individu, pour penser et parler en symboles, pour faire des demandes et pour se repérer dans les intentions d'autrui. Il existe également une autre perspective de l'accompagnement, qui enjoint à explorer les particularités sensorielles des personnes, à les rencontrer à l'endroit de leurs intérêts privilégiés, pour progressivement les amener à une reprise de leur développement corporeo-psychique.

Ces orientations du soin sont souvent présentées comme antagonistes. Le sont-elles, pourtant ? Ou plutôt, sous quelles modalités ces approches peuvent-elles devenir complémentaires ? Le rapport des enfants avec troubles du spectre de l'autisme à la vidéo par exemple pourrait, à la fois, être signe clinique d'intérêts privilégiés de ces enfants pour certains contenus télévisuels ou numériques et pourrait également être utilisé comme support éducatif de remédiation cognitive. La question est donc la suivante : dans le soin, pouvons-nous nous appuyer sur le support visuel à la fois comme outil pour mobiliser la communication et comme support de symbolisation et de transformation des intérêts privilégiés ?

Ce dialogue entre approche psychanalytique et recherches neurodéveloppementales a permis de faire des liens au sein et au-delà de ce dispositif thérapeutique. Face à ces questionnements ou remarques des patients, nous avons progressivement ouvert notre champ de compréhension des enjeux thérapeutiques de ce dispositif. Ainsi, nous pensons que loin d'être antagonistes et incompatibles, les modalités de compréhension neurodéveloppementales du trouble du spectre de l'autisme pourraient permettre des écarts fructueux pour moduler les réponses thérapeutiques au sein du dispositif. Et inversement, l'approche dynamique psychanalytique offrirait une dimension de liaison, de

mise en narration et d'analyse des enjeux de la relation qui serait profitable à une approche centrée sur le développement cognitif.

Au sein de ce dispositif clinique, il ne s'agissait donc pas de proposer une approche intégrative où psychanalyse et neuropsychologie sont fondues ensemble dans une théorisation commune. Il s'agissait plutôt de maintenir entiers ces deux champs de compréhension des phénomènes autistiques, puis de les faire dialoguer, dans des opérations de traduction, où chacun des co-thérapeutes était référent d'une modalité de compréhension psychologique des enfants au sein du dispositif. Les impasses ou points de butées étaient alors discutés post-séance. Par exemple, la volonté de s'adapter aux patients pour venir les rencontrer d'abord dans leur monde autistique, au sein de l'approche psychanalytique, venait directement en conflit avec la nécessité de systématiser les séances pour permettre à l'enfant d'intégrer un cadre de communication, dans une approche plus neuropsychologique. Cet antagonisme a pu susciter des débats. Pour autant, au fil des rencontres, cela semblait permettre un équilibre entre moments de créativité et espaces de reprise élaborative des émotions éprouvées et des empêchements ressentis durant ces temps de jeu.

CAS CLINIQUES

Pour illustrer ces points de méthode et discuter plus avant le processus thérapeutique mobilisé par le *Vidéodrame*, appuyons-nous sur la vignette clinique d'un enfant pris en charge en individuel et l'étude d'un cas de groupe de *Vidéodrame*.

VIGNETTE CLINIQUE D'ULYSSE

Ulysse a été pris en charge en *Vidéodrame* individuel à l'âge de 6 ans.

À l'âge de 4 ans et demi, c'était un enfant très agité, avec des troubles alimentaires, des troubles du sommeil et des stéréotypies. Il disait quelques mots, mais était très ritualisé, cherchant constamment les toilettes. Il présentait de gros troubles de la communication et des interactions. Il avait également des intérêts privilégiés, notamment les trains. À cette période, il a été diagnostiqué, par un psychiatre et selon les critères du DSM-5, comme ayant un TSA de niveau modéré avec cliniquement un niveau intellectuel dans la norme des enfants de son âge. Il était très en difficulté à l'école du fait de ses troubles du comportement.

Ulysse avait une passion pour certains sons, celui des cloches en particulier, des camions poubelles et des trains et une compétence extrême pour les rythmes. Lors de ses premières séances de *Vidéodrame*, il nous a entraînés au visionnement de *Robin des bois*. Il voulait sans cesse revoir la scène du mariage pour s'écrouler de telle sorte qu'il puisse frapper des mains le meuble télé au même moment que la cloche sonnait. Il semblait chercher une synchronie. Cela provoquait chez lui une grande jubilation. Il souhaitait dessiner ensuite cette cloche, tout en posant une série de questions techniques sur les « intérieurs » de cloches et le battant. Il avait une fascination pour les cloches en action.

Il y avait aussi, dans le même dessin animé, la scène de la soupe des moines. Ulysse regardait les bulles éclater, les yeux écarquillés, penché en avant. Il était alors pris de stéréotypies, *flapping*, petits rires convulsifs excités, sauts sur place. Nous lui avons un jour proposé l'idée que cette scène lui évoquait peut-être des angoisses d'explosion dans son corps. Il a alors pris un air très sérieux et très solennel pour nous remercier, tout en zippant toutes les fermetures éclairées de son pull.

Quelques semaines plus tard, nous avons visionné avec lui *Cendrillon*. Ce dessin animé contient une scène où Cendrillon balaie et amasse la poussière dans la pelle, un chat arrive et ré-éparpille la poussière. Lorsqu'il s'est agi de dessiner la scène après l'avoir visionnée et jouée, Ulysse nous a sommés solennellement de bien le regarder et de bien l'écouter. Il a dessiné un pic-vert frappant de son bec un tronc d'arbre et nous a expliqué que ce bruit faisait une poussière qui recouvrait tout le dessin et qu'on n'y voyait plus rien. Ce dessin animé lui avait suggéré une mise en représentation de son atypie sensorielle. La vue du chat éparpillant la poussière l'amenait à ré-explore un télescope néantisant entre son, rythme et vue, lui donnant la sensation de tomber en poussière et de ne plus rien voir.

Comment nommer ces confusions sensorielles ? Ulysse et les autres enfants avec trouble du spectre de l'autisme semblent ainsi pris dans un télescope d'un canal sensoriel par un autre, une sorte d'achoppement de la transmodalité sensorielle (Stern, 2003).

CAS CLINIQUE DE GROUPE, FLINN ET DJIBRIL

Ce groupe de *Vidéodrame* a débuté avec deux garçons âgés de 6 ans à l'entrée dans le groupe avec TSA de niveau modéré selon le DSM-5 mais avec un fonctionnement cognitif dans la norme de leur tranche d'âge, scolarisés en dernière section de maternelle, qui 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 précocement une intolérance à la frustration, ainsi que des crises clastiques d'une intensité anormale. De plus, il ne soutenait pas le regard et ne répondait pas à l'appel de son prénom. Plus tard, il a développé une conduite stéréotypée, consistant à se pincer l'avant-bras droit. Avant le démarrage du groupe, il formulait beaucoup de demandes répétitives, était très sensible aux changements d'apparence des adultes qui l'entouraient (avec ou sans lunettes, avec ou sans jupe) et était également très poreux aux réactions de ses pairs, dans une adhésivité agitée qui le désorganisait et le conduisait parfois à taper les adultes pour défendre un autre enfant qu'il pensait en danger. Enfin, il avait une tendance importante au contrôle et à la vérification.

Le groupe de *Vidéodrame* a été pensé pour lui avec l'objectif premier de travailler les habiletés sociales. Nous avons aussi dans l'idée de l'aider à explorer la dimension sensori-motrice, car nous constatons qu'il posait beaucoup de questions sur le corps des autres. Il était peu intéressé par les dessins animés à l'arrivée dans le groupe.

Le deuxième garçon, que nous nommerons Djibril, est l'aîné d'une fratrie de trois enfants, suivi régulièrement dès ses 2 ans par le médecin généraliste, à la suite des inquiétudes des parents quant à son retard de langage, à l'évitement du regard et à son intérêt privilégié pour les voitures. Il ne débutera réellement les soins qu'à ses quatre ans, à l'arrivée dans le service de pédopsychiatrie.

Avant le démarrage du groupe, il avait des troubles du comportement importants. L'appui dos lui était impossible. Très agité, incapable de rester sur place, il se mettait en danger en escaladant les meubles de la pièce, sans conscience du danger, se sortant indemne des pires cascades. Il semblait très intéressé par certains contenus vidéos, notamment le 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 de Flash. Djibril y a été très attentif. Il approchait sa tête à quelques centimètres de l'écran et semblait absorbé. Flinn semblait moins intéressé par la vidéo que par Djibril, alternant des moments où il le regardait avec intensité et d'autres où il l'imitait. L'un et l'autre étaient ainsi blottis autour de l'écran, donnant aux co-thérapeutes l'impression d'avoir à faire à une petite meute de bébés animaux, impression qui perdurera, particulièrement lorsqu'ils joueront à se courir après lors des temps interstitiels du groupe. À la suite de ce visionnage, les premiers jeux que nous avons mis en place étaient très proches des besoins d'éconduction 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, comme Flash, étant réservé à Djibril), tantôt les adultes servant de ligne d'arrivée, les enfants se jetant dans leurs bras. Durant toute cette première phase du groupe, au visionnage, Djibril vocalisait en même temps que les protagonistes.

Puis, nous avons gardé la thématique de *Cars*, proposant un autre extrait plus narratif, que nous espérions plus parlant pour Flinn. Dans cette scène, les deux héros (Flash et son meilleur ami) faisaient une farce à des vaches-trac-teurs, 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 à Flinn qui, pour la première fois, sembla s'intéresser au contenu vidéo. Dans le temps suivant de jeu, les enfants, Flinn en tête, souhaitèrent 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 du taureau. Parfois, il demandait à alterner dans le cours même du jeu : le meilleur ami pour faire les farces, puis le taureau pour faire fuir les plaisantins.

Djibril continuait d'escalader les meubles de la salle durant les séances. Mais, durant le temps du jeu, il parvenait à mettre son éconduction motrice au service de l'histoire, incarnant sans débat possible la petite voiture rouge. Par la suite, il se mit alors à réclamer une autre vidéo : celle d'un humain qui commande une bande de chiens en véhicules de course. Là aussi, au visionnage, Djibril répétait les voix des protagonistes. Durant le temps du jeu, il voulut être le garçon qui commande les chiens. Son comportement changea : il arrêta de courir et d'escalader et fit preuve de sollicitude envers sa meute de chiens. Cet épisode a marqué un tournant dans la prise en charge de Djibril.

À la suite de ces quelques séances, ses troubles du comportement décreurent. Il entra dans une phase de régression en groupe, demandant à être le bébé d'une des co-thérapeutes : se blottissant dans ses bras, en appui dos, demandant à être emmené dans tous les coins de la pièce pour regarder l'espace. Il était alors particulièrement attentif à la signalétique d'issues de secours. Dès lors, il se blessait de plus en plus lors de ses escalades de meubles, comme s'il prenait maintenant conscience du danger, comme s'il prenait conscience différemment de son corps dans l'espace.

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. Il y rejouait également des scènes, à la manière de ce que nous faisons en groupe. Il pouvait alors rester longtemps à s'occuper seul dans sa chambre. Sa mère nous dressa aussi une longue liste de ses dessins animés favoris.

Nous avons ainsi continué le groupe avec la diffusion d'un autre dessin animé regardé par Flinn, toujours sur la thématique de la tribu de chiens. Flinn et Djibril nous invitèrent à jouer, autour de ces contenus, des scénarios autour de l'amitié entre pairs, du partage, de la jalousie. Dans ces vidéos, Flinn demanda aussi à rejouer un passage très précis. Un chien cassait une table dont le contenu se répandait au sol. Ce jour-là, nous l'avons invité à dessiner en fin de séance. Il dessina alors tous les chiens, puis des barres qu'il a définies 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 nous a rendues plus attentives aux particularités sensorielles de Flinn. Nous pouvons noter ici des similitudes entre les particularités sensorielles dévoilées par Ulysse et celles de Flinn : le télescopage sensoriel entre canal visuel, de contenus répandus sur le sol, et de canal auditif, d'un bruit qui déstructure l'image du corps.

Le groupe a continué l'année suivante, Djibril et Flinn étaient alors entrés au CP à temps plein et bénéficiaient de la présence d'une AESH.

DISCUSSION

Cette étude de cas pointe certaines propriétés de l'outil vidéo et la manière dont il peut se faire support des processus psychiques en attente de symbolisation des enfants avec TSA (Brun, 2011).

Ces enfants semblent investir ces dessins animés comme surface de résonance de problématiques internes en attente de traitement psychique (Lheureux-Davidse, 2018). En premier lieu, ils semblent y projeter les achoppements de leur symbolisation primaire – de l'éprouvé sensoriel à une représentation imagée (Roussillon, 1999) –, en investissant la vidéo pour les impressions sensori-motrices (un son, un mouvement) qu'elle met en scène. Cela est apparent pour Djibril lorsqu'il s'identifie à la voiture de course rouge du dessin animé *Cars*. Cela est apparent pour Djibril lorsqu'il s'identifie à la voiture de course rouge du dessin animé *Cars*. Cela s'observe aussi chez Flinn ou Ulysse

qui associent visionnement d'un contenu éparpillé et son ¹. Il semble que ces scènes repérées par les enfants dans leurs dessins animés favoris mettaient en jeu ces télescopages synesthésiques de canaux sensoriels. Ces enfants semblent aux prises avec une collusion de sensorialités faisant voler en éclat leur sentiment d'exister. Les contenus vidéo par leurs propriétés sensorielles feraient écho à ces télescopages synesthésiques. Nous faisons l'hypothèse que les enfants visionneraient alors répétitivement ces vidéos, dans une tentative de mettre en sens et de trouver une voie d'éconduction à ces atypies sensorielles. L'échec de mise en sens de ce procédé solitaire mais le gain d'éconduction de l'excitation expliquerait la dimension répétitive du visionnement.

Deuxièmement, les enfants utiliseraient les dessins animés comme lieu de figuration de la symbolisation secondaire – de la représentation imagée à la représentation de mot. Ils s'intéresseraient ainsi aux contenus dramatiques mis en scène dans les vidéos par proximité avec les contenus fantasmatiques en attente de formalisation en eux-mêmes. Les dessins animés semblent prendre ici une fonction proche de celle du conte, servant aux enfants de contenu partageable dans une culture commune leur permettant de se représenter les désirs et angoisses qui les traversent (Chouvier, 2015).

Toutefois, les contes sont lus, se racontent et se transmettent. Les dessins animés semblent au contraire 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 semblant enfermer l'enfant avec TSA dans des atypies sensorielles autistiques.

Tout l'intérêt d'un dispositif thérapeutique de *Vidéodrame* serait la création d'un partage relationnel sur ces contenus : une boucle retour comme le théorise G. Haag (2018). De plus, le temps du jeu semble permettre 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. Le *Vidéodrame* semble à ce titre permettre une reprise du développement psycho-affectif et psychomoteur de l'enfant avec TSA.

Du point de vue relationnel, le temps de réédition du dessin animé en jeux incarnés semble avoir ouvert au questionnement sur les émotions, sur les ressentis. Cela s'apparentait au travail sur les habiletés sociales, à ceci près que les thématiques abordées étaient sur l'initiative des enfants, dans leur associativité groupale, au gré des dessins animés choisis et visionnés. Ce travail sur le relationnel dans le jeu dépassait également le registre de l'habileté sociale en abordant des vécus plus régressifs des enfants. Cela a été le cas pour Djibril

1. Le bruit des assiettes cassées semble être une préoccupation de bon nombre d'enfants avec autisme. Que se passe-t-il dans le bruit des assiettes cassées ? Comme un écho d'un mamanais désaccordé ?

qui a pu s'ouvrir à la relation intersubjective, dans un mouvement de régression accompagné par les dessins animés et les co-thérapeutes.

Progressivement, le temps du jeu est également devenu un espace d'illusion. Le visionnage et le jeu des dessins animés semblent avoir ouvert Flinn à son monde imaginaire. Alors même qu'il était très en difficulté pour articuler ses contenus de pensée et avait un recours massif aux stratégies de vérifications et de questionnements de ses interlocuteurs de manière très répétitive, le *Vidéo-drame* lui a permis de déployer une pensée en son nom propre. Il est maintenant capable de mettre en scène des jeux très élaborés, qui reflètent ses questionnements internes. Ses jeux se sont ainsi déployés dans un espace d'illusion (Winnicott, 1971) dans lesquels il peut trouver ses propres modalités de réponses à ce qui le préoccupe.

CONCLUSION

Il ressort de ces premiers résultats que ce dispositif thérapeutique nous renseigne sur le type d'investissement opéré par les enfants avec TSA sur le support de l'écran et de la vidéo. Ce support technologique devient une surface de résonance des parts en attente de symbolisation de ces enfants. La vidéo recrute un potentiel d'action qui mobilise la sensorialité atypique de ces enfants et permet de la contenir le temps du visionnage. Le choix de dessins animés à partager en groupe nous a confortés dans l'idée que la vidéo pouvait prendre une fonction messagère, permettant à l'enfant de rendre transmissible des désirs, fantasmes, angoisses et atypies. De plus, nous avons constaté combien le jeu psychodramatique devient une part essentielle du dispositif. Ce jeu à plusieurs s'offre comme « boucle relationnelle retour » (Haag, 2014), permettant à l'enfant de s'approprier subjectivement les sensations désorganisées qu'il éprouvait durant le visionnage. Le support de la vidéo permettrait d'aborder en séance les atypies sensorielles et d'interaction de l'enfant, pour ensuite réintroduire un sens relationnel et un partage au travers du jeu.

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, sans doute grâce à l'outil vidéo.

L'outil vidéo a d'ailleurs été une modalité de communication utilisée avec les enfants lors du confinement lié à la pandémie de COVID-19. Au-delà de la seule adaptation à l'actualité, de garder un lien faute de mieux, la poursuite des suivis en visio-conférence a été l'occasion d'une expérimentation d'un nouveau cadre des rencontres, permettant aux enfants de se ressaisir des dispositifs thérapeutiques autrement, notamment grâce aux astuces technologiques permises par les plateformes virtuelles numériques (usage de filtres et décors virtuels pour jouer les personnages durant le temps de jeu par exemple). Outre le potentiel d'action mobilisé par les dessins animés visionnés répétitivement par les enfants, l'expérience des visio-conférences de la période de pandémie du COVID-19 nous enjoint à réfléchir également aux modalités de communication singulières engendrées par la virtualisation des échanges. Les enfants, avec ou sans troubles du spectre de l'autisme, sont de plus en plus confrontés

à ce type d'échanges « à distance » qu'il convient également d'interroger et de mettre au travail dans nos espaces éducatifs et de soins psychiques auprès d'eux.

Ce travail a fait l'objet d'une communication lors du colloque de la CIPPA « Autisme(s) et psychanalyse(s) V, clinique et recherche, Innover, Inventer, Créer » de novembre 2021 à Paris.

RÉFÉRENCES

- Amar, N., Bayle, G., & Salem, I. (1991). Aux sources de l'identité par le psychodrame. *Revue Française de Psychanalyse*, 55(3), 627-646.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.* American Psychiatric Association.
- Anzieu, D. (1956). *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*. Puf, 3^e éd., 2004. <https://doi.org/10.3917/puf.anzie.2004.01>
- Anzieu, D., Anzieu, A., Guillaumin, J., & Houzel, D. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Dunod.
- Attigui, P. (2012). *Jeu, transfert et psychose : de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*. Dunod.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Puf.
- Barton, E. E., Reichow, B., Schnitz, A., Smith, I. C., & Sherlock, D. (2015). A systematic review of sensory-based treatments for children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 37, 64-80.
- Benjamin, A. (2017, September 16). *Les écrans rendent-ils vraiment les enfants autistes ?* [lexpress.fr. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/les-ecrans-rendent-ils-vraiment-les-enfants-autistes_1924351.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/les-ecrans-rendent-ils-vraiment-les-enfants-autistes_1924351.html)
- Bourreau, Y., Roux, S., Gomot, M., & Barthélémy, C. (2009). Comportements répétés et restreints (C2R) dans les troubles autistiques : Évaluation clinique. *L'Encéphale*, 35(4), 340-346. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.05.004>
- Brun, A. (2011). Médiation picturale et psychose infantile. In A. Brun, *Les médiations thérapeutiques* (p. 73). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.brun.2011.01.0073>
- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod.
- 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. <https://doi.org/10.1177/1362361313517762>
- Chouvier, B. (2015). *La médiation thérapeutique par les contes*. Dunod.
- Cruveiller, V. (2019). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 455-470.
- Delion, P., & Golse, B. (2013). *Autisme : État des lieux et horizons*. Érès.
- Esseily, R., Guellai, B., Chopin, A., & Somogyi, E. (2017). L'écran est-il bon ou mauvais pour le jeune enfant? Une revue de la littérature sur la prévalence de l'écran et ses effets sur le développement cognitif précoce. *Spirale*, 83(3), 28. <https://doi.org/10.3917/spi.083.0028>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11836-010-0126-y>
- Haag, G. (2014). Les avancées théoriques dans la clinique psychanalytique de l'autisme. In M.-D. Amy, *Autismes et psychanalyses* (p. 49). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.amy.2014.01.0049>

- Haag, G. (2018). Le moi corporel : À partir de la clinique psychanalytique de l'autisme et de l'observation du premier développement.
- Lafforgue, P. (1995). *Petit Poucet deviendra grand : le travail du conte*. Seuil.
- Lang, R., O'Reilly, M., Healy, O., Rispoli, M., Lydon, H., Streusand, W., Davis, T., Kang, S., Sigafos, J., Lancioni, G., Didden, R., & Giesbers, S. (2012). Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3). 1004-1018. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.01.006>
- Le Menn-Tripi, C., Vachaud, A., Defas, N., Malvy, J., Roux, S., & Bonnet-Brilhaut, F. (2019). L'évaluation sensori-psychomotrice dans l'autisme : Un nouvel outil d'aide au diagnostic fonctionnel. *L'Encéphale*, 45(4), 312-319.
- Lheureux-Davidse, C. (2018). La prise en compte en psychothérapie des vécus sensoriels des enfants autistes. *Enfances Psy*, 80(4), 122-134.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Puf.
- Rutter, M., & Schopler, E. (1978). *Autism, a Reappraisal of Concepts and Treatment*. Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Stanciu, R., & Delvenne, V. (2016). Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(3), 155-162.
- Stern, D. (2003). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Puf.
- Widlöcher, D. (2003). *Le psychodrame chez l'enfant*. Puf.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Gallimard.