FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

CFUO

Année 2021-2022

MEMOIRE
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Marianne DEROYE

Création d'un outil vidéographique visant à développer les habiletés sociales en lien avec l'amitié chez les adolescents porteurs d'un TSA : recueil d'avis de professionnels

Directrices du mémoire : Madame Hélène Dupin Orthophoniste
Madame Caroline Texier Psychologue

Autres membres du jury : Madame Elisa Delvert Orthophoniste
Madame Emmanuelle Montoloy Orthophoniste

REMERCIEMENTS

J'aimerais adresser mes sincères remerciements aux personnes qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire :

Madame Hélène Dupin, orthophoniste, et Madame Caroline Texier, psychologue, pour l'encadrement de ce mémoire de fin d'études. Leur grande disponibilité, leur accompagnement bienveillant ainsi que leurs précieux conseils, m'ont permis d'avancer sereinement dans ce projet.

Les acteurs des vidéos qui m'ont été d'une grande aide pour l'élaboration de ce matériel vidéographique. Je les remercie, pour leur patience, leur disponibilité, leur enthousiasme et pour la confiance qu'ils m'ont accordée. Je remercie également leurs parents de m'avoir autorisée à les filmer.

Les professionnels ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire d'enquête. Leurs commentaires ont été très constructifs et leurs encouragements me confortent dans l'idée de poursuivre ce travail à l'avenir.

La promotion de cinquième année d'orthophonie Simone Veil, pour leurs soutiens, leurs encouragements ainsi que pour ces cinq années d'études exceptionnelles passées à leurs côtés.

Enfin, j'ai une pensée toute particulière pour mes proches, qui ont su me prodiguer des conseils avisés permettant l'aboutissement de ce mémoire. Glen, pour ton soutien, les nombreuses relectures, et le montage des vidéos. Hélène, pour la prise en main du logiciel Excel. Enfin mes chers parents, pour la relecture de ce mémoire et leur soutien sans limite durant ces belles études.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **1**

INTRODUCTION THEORIQUE **2**

I. LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME **2**

1. Généralités *2*

1.1 Histoire de l'autisme 2

1.2 Les classifications actuelles des Troubles du Spectre Autistique 2

2. Le traitement de l'information dans les TSA *4*

2.1 La perception et l'intégration sensorielle 4

2.2 Les modèles avec une approche cognitive 6

2.3 Particularités neurobiologiques 8

3. La pragmatique du langage *9*

3.1 Modèle de la communication selon Bloom et Lahey (1978) 9

3.2 La compétence pragmatique 10

3.3 Les quatre principes de la pragmatique du langage 10

3.4 Les prérequis nécessaires au développement de la pragmatique 11

3.5 Déficit de la pragmatique chez les sujets porteurs d'un TSA 11

II. LES HABILETÉS SOCIALES **12**

1. Définition *12*

2. Les compétences nécessaires au développement des habiletés sociales *13*

3. L'atteinte des habiletés sociales dans l'autisme *14*

3.1 Les différents types de profils d'interaction sociale chez les individus porteurs de TSA 14

3.2 L'impact du déficit des habiletés sociales sur les relations sociales dans l'autisme 15

4. L'entraînement aux habiletés sociales *16*

4.1 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles 16

4.2 Les différentes méthodes d'intervention 16

III. LE SUPPORT VIDÉOGRAPHIQUE ET LE DÉVELOPPEMENT DES HABILETÉS SOCIALES **17**

1. Les avantages de l'outil vidéographique *18*

2. Le modelage par vidéo *18*

2.1 La modélisation Vidéo de Base (MVB) 18

2.2 L'Auto-Modélisation Vidéo (AMV) 19

2.3 La Modélisation Vidéo « Perception Propre » (MVP) 20

3. Les scénarii sociaux *20*

IV. PROBLÉMATIQUES ET HYPOTHÈSES **22**

1. Problématique *22*

2. Hypothèses *23*

MATERIEL ET METHODE **24**

I. POPULATION 25
1. La population destinataire des vidéos 25
1.1 Le profil du patient type 25
1.2 Les thérapeutes 26
2. Les acteurs des vidéos 26
II. MATÉRIEL 27
1. Le tournage des vidéos 27
2. Le montage des vidéos 28
III. PROCÉDURE 28
1. Création de l'outil vidéographique 28
1.1 Choix de la taxonomie des habiletés sociales 28
1.2 Description des scénarii sociaux en lien avec les compétences de la taxonomie 29
1.3 Les QCM 30
1.4 Schéma d'organisation d'une vidéo 30
2. Organisation générale des vidéos 31
3. Questionnaire d'évaluation du support vidéographique 32
3.1 Objectifs du questionnaire 32
3.2 Qualité de l'échantillon 32
3.3 Conception 33
3.4 Mode de diffusion 34

RESULTATS 35

I. PROFIL DES PARTICIPANTS 35
1. La profession 35
2. Le mode d'exercice des participants 35
3. Expérience dans le domaine des TSA et des habiletés sociales des participants 36
4. Taux de formation en habiletés sociales des participants 36
II. PERTINENCE DE L'OUTIL VIDÉOGRAPHIQUE (HYPOTHÈSE 1) 37
1. Réalisme des vidéos 37
2. La notion de pragmatique 37
3. Le vocabulaire des dialogues 37
4. Neutralité des lieux 38
5. Pertinence de l'outil vidéographique 38
III. PRATICITÉ ET FACILITÉ D'UTILISATION DE L'OUTIL (HYPOTHÈSE 2) 38
IV. QUALITÉ ET ESTHÉTISME DU SUPPORT VIDÉOGRAPHIQUE (HYPOTHÈSE 3) 39
V. ATTRAIT DES PROFESSIONNELS POUR LE SUPPORT (HYPOTHÈSE 4) 39
VI. PERTINENCE DES COMPÉTENCES PROPOSÉES DANS L'OUTILS (HYPOTHÈSES 5) 40
1. Lien des sous compétences avec la compétence générale : Commencer une relation amicale 40
2. Problématiques cohérentes et en lien avec les sous compétences abordées 40

VII. ADAPTATION DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES AUX CAPACITÉS DES ADOLESCENTS AVEC AUTISME (HYPOTHÈSE 6) 41

1. Identification des situations problèmes 41

2. Concision et compréhension des QCM 42

3. Résolution des situations problématiques adaptées et logiques ? 42

VIII. AVIS CONCERNANT LE PROTOCOLE DE VISIONNAGE (HYPOTHÈSES 7) 43

DISCUSSION 45

I. CONTEXTE DE L'ÉTUDE 45

1. Les objectifs de l'étude 45

2. Les principaux résultats de l'étude 46

II. BILAN SUR NOS HYPOTHÈSES 46

1. Hypothèse n°1 46

2. Hypothèse n°2 48

3. Hypothèse n°3 49

4. Hypothèse n°4 50

5. Hypothèse n°5 50

6. Hypothèse n°6 51

7. Hypothèse n°7 52

III. CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE 53

1. Les taxonomies 54

2. Le support vidéographique 54

3. La notice d'information pour les professionnels. 56

4. Le questionnaire de satisfaction, ... 56

5. L'analyse statistique 58

IV. PERSPECTIVES ET OUVERTURE 59

1. Apports pour l'orthophonie 59

2. Apports personnels 60

3. Suites possibles pour l'étude 61

CONCLUSION 62

BIBLIOGRAPHIE 63

ANNEXES 71

RESUME 105

INTRODUCTION

Josef Schovanec, écrivait dans son livre « Je suis à l'est ! » :

> Vous ne devez pas dire à une vieille dame qui avance : « Allez ! Je vous laisse passer. Vous êtes très vieille, je le vois à votre visage ridé. » Ce serait perçu comme blessant. Pourtant, la dame doit bien se rendre compte qu'on la laisse passer parce qu'on voit qu'elle est vieille. Mais elle ne veut pas l'entendre. (Schovanec & Glorion, 2013, p.48)

Notre monde est régi par des codes sociaux qu'il est parfois difficile d'intégrer pour certaines personnes. Josef Schovanec, est un écrivain et philosophe atteint d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) qui illustre bien ce phénomène. Ces codes sociaux s'appuient sur une maîtrise des habilités sociales qui permettent une interaction adaptée avec autrui. En effet, si l'apprentissage de ces habilités sociales est implicite pour la majorité des personnes neurotypiques, les personnes avec un TSA ont besoin d'un apprentissage explicite. Le déficit des habiletés sociales chez les sujets atteints d'un TSA, leur cause de grandes souffrances au quotidien. Actuellement, il existe de nombreux supports travaillant les habiletés sociales. De nouvelles approches émergent avec la démocratisation du numérique. Cependant, peu de ressources existent à l'heure actuelle malgré une reconnaissance d'efficacité croissante dans la littérature scientifique.

La présente étude a donc pour objectif d'élargir le panel vidéographique à disposition des intervenants en habiletés sociales. Ces nouveaux supports vidéographiques exposeront des scénarii sociaux en lien avec les habiletés sociales de l'amitié. Enfin, ce support vidéographique sera présenté à des cliniciens qui évalueront la pertinence du matériel créé lors d'une enquête de satisfaction.

Pour commencer, nous présenterons les caractéristiques cliniques du TSA, ses conséquences sur les habiletés sociales, ainsi que les bénéfices que représentent le support vidéographique.

Pour continuer, nous expliciterons les moyens techniques et les procédés mis en œuvre qui ont permis la création de l'outil vidéographique ainsi que son évaluation.

Enfin, nous présenterons les résultats de notre étude et nous conclurons sur chacune de nos hypothèses. Nous déterminerons également dans cette partie, les apports orthophoniques du support vidéographique.

INTRODUCTION THEORIQUE

I. Le trouble du spectre de l'autisme

1. Généralités

1.1 Histoire de l'autisme

Le psychiatre Léo Kanner fut le premier à décrire l'autisme infantile précoce en 1943. Ce dernier a relevé deux symptômes principaux apparaissant très tôt dans le développement de l'enfant. Ces symptômes sont les suivants :

- L'*isolement social* c'est-à-dire que les enfants observés ne présentaient aucun intérêt pour les autres et restaient à l'écart.
- Le *besoin d'immuabilité*, les enfants attachaient une grande importance à la routine et exécraient le changement.

Léo Kanner a également remarqué que les individus avaient un langage altéré, car ils ne s'inscrivaient pas réellement dans l'échange avec leur interlocuteur. Il avait noté dans ses observations que les enfants présentaient des compétences hors-normes dans certains domaines et ce malgré un développement intellectuel retardé chez ces-derniers (Kanner, 1943).

Le pédiatre Hans Asperger fera les mêmes observations chez des individus qu'il qualifiera comme "asociaux" en 1944. Il les décrira dans l'incapacité d'entretenir des relations sociales normales (Asperger, 1944).

Suite à ces descriptions, il faudra attendre l'année 1980 pour que l'autisme apparaisse enfin dans les classifications médicales du DSM-III faisant ainsi partie des troubles globaux du développement (American Psychiatric Association, 1983)

1.2 Les classifications actuelles des Troubles du Spectre Autistique

Actuellement, les chercheurs s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental se manifestant dès la petite enfance.

1.2.1 Le DSM-5

En 2013, la cinquième version du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) est publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA). Cette classification ne

mentionne plus la triade autistique (American Psychiatric Association, 2005) mais fait désormais référence à une dyade autistique.

1.2.1.1 Les critères de diagnostic

En effet, les sujets doivent présenter ces deux critères depuis la petite enfance :

A. Des déficits persistants dans la communication sociale et dans l'interaction sociale qui se traduisent par des difficultés au niveau de :

A1. La réciprocité sociale ou émotionnelle (initiatives ou réponses non socialement adaptées, difficultés de reconnaissance et de partage des émotions, etc.)

A2. La communication non-verbale (déficit d'utilisation et de compréhension du contact visuel, des expressions du visage, altération de la pragmatique, etc.)

A3. La création, le maintien ou la compréhension des relations sociales (difficultés dans l'adaptation des comportements en fonction des contextes sociaux, aucun intérêt pour les autres, etc.)

B. Des comportements et/ou des intérêts restreints et répétitifs se traduisant par :

B1. L'usage de mouvements itératifs et stéréotypés (écholalie pour le langage, alignement d'objets, etc.)

B2. Une intolérance aux changements (attachement particulier pour les routines, pensée inflexible, besoin important de rituels, etc.)

B3. Des intérêts restreints et anormaux par leur intensité ou par leur but

B4. Une sensibilité ultra ou sous développée face aux stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour certains éléments sensoriels (intérêt important pour les objets lumineux, insensibilité face à la douleur, etc.)

Bien entendu, ces signes cliniques doivent avoir un impact significatif sur la vie quotidienne (sociale, scolaire, professionnelle) de l'individu porteur de TSA. Bien que le TSA soit souvent associé à un déficit intellectuel, les signes cliniques ne doivent pas être mieux expliqués par un handicap intellectuel. Aussi, il est préférable de spécifier lors du diagnostic si le TSA est associé ou non à un déficit intellectuel, à une altération du langage, à une pathologie médicale ou génétique connue, à un facteur environnemental, à un trouble développemental, mental ou comportemental et si le sujet présente des signes de catatonie (American Psychiatric Association, 2015).

Dans ce travail de rédaction, nous nous intéresserons uniquement à certains profils de patients. Ce mémoire s'adresse plus particulièrement aux individus porteurs d'un TSA verbaux, sans déficience intellectuelle ou avec une déficience intellectuelle légère et scolarisés en milieu ordinaire.

Actuellement, il n'est plus question de Troubles Envahissants du Développement (TED) comme il en était fait mention dans le DSM-IV et la Classification Internationale des Maladies, dixième version (CIM-10) mais de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA). Le terme "spectre" choisi renvoie à la grande variabilité des symptômes individuels ainsi qu'à la notion de sévérité de l'autisme. Nous utiliserons donc dans notre travail le terme TSA pour les personnes atteintes d'autisme, afin de correspondre à la nouvelle dénomination.

1.2.1.2 Les niveaux de sévérités de l'autisme

Le diagnostic doit donc être accompagné du niveau de sévérité du TSA. Il existe trois niveaux de sévérité (Garcin, 2013) (cf annexe n°1).

1.2.2 La CIM-11

En 2019, une nouvelle version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) est parue (Lindmeier, 2018). Elle est effective depuis janvier 2022. Elle adopte également l'approche dimensionnelle du DSM-V sous le terme de « Troubles du Spectre Autistique ». Cette classification spécifie la présence ou non d'une déficience intellectuelle chez le sujet ainsi que la présence ou non d'une atteinte du langage fonctionnel. Le syndrome d'Asperger et le trouble désintégratif de l'enfance sont désormais inclus dans les TSA (Autism Europe, 2018).

Ces signes cliniques peuvent être la cause d'un certain nombre de difficultés et vont notamment avoir des répercussions sur les capacités de traitement de l'information des jeunes porteurs d'autisme, c'est-à-dire la capacité à percevoir et interpréter des informations notamment liées à des contextes de communications sociales.

2. Le traitement de l'information dans les TSA

2.1 La perception et l'intégration sensorielle

Certains chercheurs ont pu observer chez les personnes atteintes d'un TSA une altération des capacités de réception et de traitement des stimuli sensoriels. Les canaux visuels, auditifs et tactiles sont entre autres impactés par le TSA. Il existe de nombreuses particularités

sensorielles dans les TSA. Il sera donc difficile dans ce travail de faire état de tous. Trois grands types de troubles des particularités sensorielles sont décrits dans la littérature : le trouble de la modulation sensorielle, le trouble de l'intégration sensorielle et enfin le trouble lié à la vitesse de traitement (Garié, 2021).

Concernant le trouble de la modulation sensorielle, les sujets atteints peuvent alors présenter une sensibilité exagérée (ou hypersensibilité) ou au contraire, une sensibilité sous développée (hyposensibilité). Cette hyposensibilité ou cette hypersensibilité varie en fonction des modalités sensorielles (canal auditif, visuel, tactile), du type de stimulus (Garié, 2021) mais également en fonction du moment dans la journée. En réaction à cette sensibilité, le sujet peut sous ou sur réagir face aux stimuli ce qui peut être lié à une surcharge sensorielle (Grandin et al., 2014)

Les troubles de l'intégration sensorielle quant à eux, représentent des difficultés de mémorisation des informations provenant de stimuli sensoriels. Ces troubles ont des répercussions sur l'adaptabilité de nos comportements en réponse à notre environnement (Garié, 2021).

De plus, certains auteurs ont pu démontrer que les sujets atteints d'un TSA avaient un déficit au niveau de la vitesse de traitement des stimuli sensoriels. Ils rencontraient notamment des difficultés de traitement visuel du mouvement, une altération des capacités d'anticipation du mouvement ainsi qu'un trouble de la perception et de l'intégration des mouvements de la parole. Ce dernier est amélioré chez les sujets avec TSA lorsque la parole est ralentie. (Gepner et al., 2002). Ces difficultés peuvent également avoir un impact sur les capacités de lecture du regard et du visage, de l'attention conjointe, de l'imitation faciale et corporelle. Pour les sujets TSA, les flux visuels, auditifs et gestuels sont généralement trop rapides. Il est préférable d'utiliser des outils permettant le ralentissement du flux sensoriel comme des dispositifs capables de ralentir à la fois l'image et le son d'une vidéo sans distorsions.

Il est donc difficile pour ces personnes de traiter ces éléments sensoriels et d'apporter une réponse motrice adéquate en temps voulu. Ces compétences sont pourtant très utiles lors d'interactions sociales. Les difficultés de traitement sensoriel de l'information peuvent avoir un impact sur le fonctionnement cognitif de l'individu porteur d'un TSA.

2.2 Les modèles avec une approche cognitive

Nous venons de voir à l'instant que le traitement de l'information de l'individu atteint de TSA était perturbé. Ces perturbations peuvent notamment entraîner une altération de la Théorie de l'Esprit ainsi que de la cohérence centrale.

2.2.1 Le trouble de la Théorie de l'Esprit

La Théorie de l'Esprit est l'aptitude qui permet à chaque individu de reconnaître et de comprendre le comportement d'autrui par l'attribution d'états mentaux (croyances, désirs, intentions, souhaits, émotions) différents des nôtres à son interlocuteur. La Théorie de l'Esprit est la capacité de se mettre à la place de son interlocuteur.

Un déficit de la Théorie de l'Esprit chez les personnes atteintes de TSA entraîne une perte de compréhension des émotions ou des réactions d'autrui. Des chercheurs ont notamment montré que l'appréciation des mots évoquant des états-mentaux était aléatoire chez les individus atteints d'autisme (Baron-Cohen et al., 1994). Cette compétence étant altérée, il est beaucoup plus ardu pour les individus porteurs de TSA de comprendre de façon précise des situations d'interaction se répercutant ainsi sur les habiletés sociales du sujet. A défaut d'une Théorie de l'Esprit efficiente, il est alors malaisé pour l'individu de réaliser des interprétations ou même d'être adapté dans la communication sociale. L'aspect pragmatique du langage peut alors être impacté. En effet, la Théorie de l'Esprit permet au sujet neurotypique de comprendre les sous-entendu, l'humour ou encore l'ironie (Happe, 1995).

Ce déficit en Théorie de l'Esprit peut venir du fait que les personnes atteintes de TSA manquent de vision d'ensemble de la situation, qui devrait les orienter vers certaines réponses plus appropriées.

2.2.2 Le trouble de la cohérence centrale

La cohérence centrale est la tendance naturelle d'un individu à regrouper des informations contextuelles afin d'avoir une compréhension globale d'une situation. Chez les personnes porteuses du syndrome autistique, un déficit de la cohérence centrale provoque une altération du traitement globale de l'information. En effet, le sujet se concentre plus particulièrement sur les détails sans prendre en compte le contexte autour de lui. L'individu n'aura donc pas une compréhension exacte de l'environnement (Happé & Frith, 2006). Happé avait émis

l'hypothèse qu'il s'agirait plutôt d'un style cognitif particulier plutôt que d'un déficit (Happé, 1999).

Par conséquent, le manque de cohérence centrale a un impact important sur la compréhension langagière. Nous pouvons donc nous poser la question de la pragmatique du langage chez les individus avec TSA. Nous tenterons d'enrichir notre propos un peu plus tard dans ce travail. Certains auteurs ont également expliqué les difficultés de compréhension des sujets atteints de TSA avec les troubles des fonctions exécutives (Frith, 1996).

2.2.3 Le trouble des fonctions exécutives

Quatre fonctions essentielles font partie des fonctions exécutives : la planification, l'inhibition, la mémoire de travail, ainsi que la flexibilité mentale (Thommen et al., 2017). Ces fonctions permettent à l'individu de réaliser une action vers un but précis de manière régulée et adaptée à une situation qui lui est nouvelle.

La planification est un processus cognitif qui permet à l'individu de résoudre un problème grâce à la mise en place de stratégies d'actions. Elle organise et contrôle les actions de l'individu au cours de la tâche afin de garantir une efficacité. Un déficit de planification restreint l'individu porteur de TSA dans l'élaboration d'un plan d'action (Vermeulen, 2019), et dans la gestion du temps (Attwood & Schovanec, 2018).

La flexibilité mentale permet de modifier une action en cours lorsque cette dernière n'atteint pas l'objectif établi. Chez les sujets atteints de TSA, un dysfonctionnement de la flexibilité entraîne le plus souvent des persévérations, des stéréotypies verbales et/ou comportementales (Hill, 2004), un profond intérêt pour les routines (Gillet, 2013), une rigidité au niveau des processus de pensée, une immuabilité des stratégies de résolution de problèmes, ainsi que des difficultés à adapter les règles sociales en fonction du contexte (Bizet et al., 2018).

La mémoire de travail permet le maintien temporaire de l'information verbale et visuelle en mémoire ainsi que sa manipulation, grâce à la boucle phonologique et au calepin visuospatial. La mémoire de travail est impliquée dans les actions nécessitant une double tâche. Certains auteurs pensent que les compétences en mémoire de travail sont prédictives des compétences communicatives ainsi que des habiletés adaptatives chez les individus porteurs de TSA (Pugliese et al., 2015).

L'inhibition empêche la prédominance d'un stimulus ou d'un comportement. Ce processus cognitif permet le contrôle du comportement. Il n'y a pas de consensus entre les

scientifiques concernant l'atteinte des fonctions inhibitrices chez les sujets avec TSA (Thommen et al., 2017). Certains chercheurs ont pu démontrer que l'inhibition est préservée chez ces sujets et d'autres ont mis en évidences des difficultés présentes dès leur jeune âge (Hill, 2004).

Les fonctions exécutives occupent une place primordiale dans le fonctionnement de l'individu, qu'il soit enfant ou bien adulte. Elles sont prédictives du développement des habiletés sociales et de la communication (Hill, 2004), (Pugliese et al., 2015).

2.3 Particularités neurobiologiques

Certaines anomalies neurobiologiques observées par de nombreux chercheurs sont en lien avec la cognition sociale ainsi que la voix.

2.3.1 Anomalies fonctionnelles en lien avec la cognition sociale et/ou le langage

- **Zones temporales :** Plusieurs chercheurs ont notamment mis en évidence des anomalies anatomo-fonctionnelles au niveau du sillon temporal supérieur (STS). Ces anomalies du STS se caractérisent par une diminution de la concentration en matière grise, une hypoperfusion au repos ainsi que des schémas d'activation anormaux pendant les tâches de cognition sociale. Le STS intervient au niveau de la perception sociale auditive et visuelle (voix, gestes, reconnaissance faciale des émotions et perception des regards) et au niveau des processus de cognition sociale plus complexes (Théorie de l'Esprit) (Saitovitch, 2012).
- **Les aires corticales sélectives de la voix :** Il a été observé chez les sujets avec TSA une activation indifférenciée entre les bruits vocaux et non vocaux alors qu'une différence d'activation chez les sujets sains a été constatée. Les sujets porteurs d'un TSA ont donc un défaut de perception des voix avec un déficit d'attention aux sons vocaux (Gervais et al., 2004).

2.3.2 Anomalie de fonctionnement des neurones miroirs

Les neurones miroirs sont activés lorsqu'un individu réalise ou imagine une action, ou observe une autre personne la réalisant. Chacune de ces situations active les mêmes zones cérébrales (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2010). Chez les sujets TSA, le système des neurones miroir est atteint. Or, ce dernier est impliqué dans les actions d'imitation, dans l'empathie, la Théorie de l'Esprit et même de façon plus générale, la communication (Nadel, 2003) citée par (Garié, 2021).

Nous avons pu voir dans cette partie, les différents dysfonctionnements du traitement de l'information que peuvent rencontrer les personnes atteintes de TSA. Ces anomalies de traitement entraînent des répercussions importantes sur la communication et plus particulièrement dans son usage. Par conséquent, nous aborderons les troubles de la pragmatique du langage chez les sujets TSA.

3. La pragmatique du langage

3.1 Modèle de la communication selon Bloom et Lahey (1978)

La communication se construit sur une combinaison de trois éléments : 1) le contenu, c'est-à-dire, le fond sémantique du message ; 2) la forme, ensemble de paramètres qui déterminent la manière dont les choses sont dites ; 3) l'utilisation, c'est-à-dire la pragmatique du langage, le contexte dans lequel la situation prend place en influençant les propos en leur donnant des sens alternatifs ou secondaires (Bloom & Lahey, 1978) .

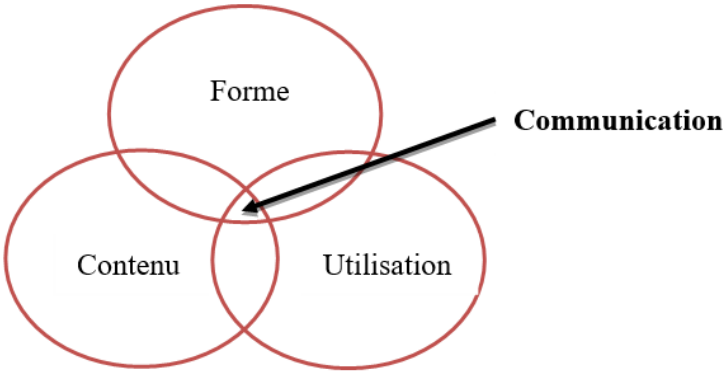

Figure 1. Modèle de communication (Bloom et Lahey, 1978) qui schématise la communication.

La pragmatique est définie comme l'étude de l'usage du langage. En effet, le message ne peut être interprété et compris uniquement grâce au contexte de son énonciation (Moeschler & Reboul, 1994). La pragmatique du langage s'intéresse à la fonction de la communication (par exemple, faire une demande ou bien poser une question) et intègre les aspects verbaux et non verbaux du langage de l'interlocuteur aussi bien en réception qu'en production du message. La *Figure 2* renseigne sur les deux composants de la pragmatique.

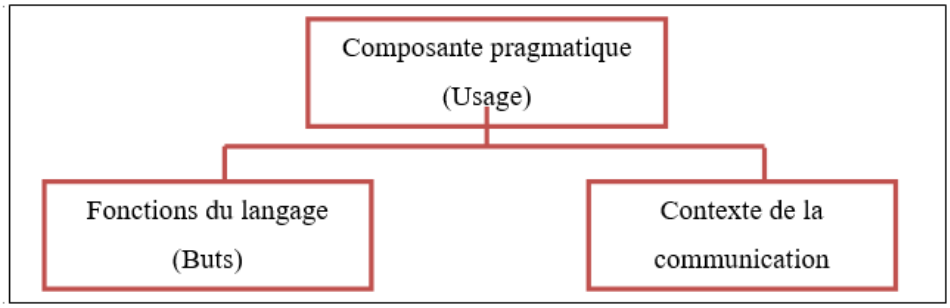

Figure 2. La composante pragmatique du langage (Inspirée de Bloom et Lahey, 1978 ; Ziarko, 1995)

3.2 La compétence pragmatique

La compétence pragmatique se différencie de la compétence linguistique qui est la maîtrise du code linguistique. La compétence pragmatique fait appel aux compétences en lien avec la communication. Elle peut se définir comme l'aptitude d'un sujet à faire des choix adaptés sur le contenu, la forme et la fonction du message dans un contexte donné. Pour avoir de bonnes compétences pragmatiques, il est nécessaire de maîtriser les habiletés spécifiques telles que gérer le tour de rôle ou encore procéder à des ajustements conversationnels par des demandes de clarification ou de confirmation par exemple. Les habiletés cognitives générales (relatives au traitement de l'information, à la compréhension des inférences, à la capacité d'intégrer plusieurs sources d'information, la capacité à se mettre à la place d'autrui…) sont également impliquées dans les compétences pragmatiques (Hupet, 1996).

3.3 Les quatre principes de la pragmatique du langage

La pragmatique du langage s'organise en quatre points capitaux qui sont les suivants : l'intentionnalité, la régie de l'échange, l'adaptation et l'organisation du discours (Coquet, 2005).

La notion d'intentionnalité prend en compte les fonctions du langage de Halliday (1975) c'est-à-dire l'effet que va produire le message sur l'interlocuteur. Elle comprend également la théorie des actes de langage d'Austin en 1962. Cette dernière affirme que le langage n'a pas pour unique fin de décrire une réalité, mais aussi d'agir sur celle-ci (Austin, 2002). Enfin, l'intentionnalité comprend, selon Grice, deux principes essentiels. Il faut tout d'abord que l'individu ait envie de transmettre une information. Ensuite, il faut que le récepteur du message puisse comprendre l'intention du locuteur afin de comprendre le message transmis.

En ce qui concerne la régie de l'échange, plusieurs éléments sont indispensables pour permettre aux interlocuteurs d'avoir une communication fonctionnelle. Les sujets communicants doivent garder un contact visuel, un contact qui est parfois difficile d'obtenir

avec certaines personnes porteuses de TSA, le respect du tour de parole entre les interlocuteurs, le maintien dans le temps du sujet de la conversation, l'emploi d'habitudes conversationnelles, la Théorie de l'Esprit ainsi que la prise en compte et l'envoi d'un feed-back durant la conversation.

Pendant, l'échange, le sujet doit faire preuve d'adaptabilité. En effet, pour que la communication soit efficace, le locuteur doit énoncer son discours en fonction du contexte, du message à transmettre et de l'interlocuteur qu'il a en face de lui.

Enfin, le discours du locuteur doit être organisé et cohérent pour pouvoir être performant auprès de l'interlocuteur.

3.4 Les prérequis nécessaires au développement de la pragmatique

La pragmatique du langage se construit dès l'enfance grâce au développement de l'attention conjointe, des formats d'interaction, le tour de rôle (verbal ou non) et la Théorie de l'Esprit (Coquet, 2005).

Ces éléments sont primordiaux dans l'acquisition de la pragmatique du langage. Une altération de l'un ou de plusieurs de ces aptitudes entraîne un déficit de la pragmatique du langage. Il n'est donc pas étonnant de retrouver un tel déficit chez les individus porteurs d'un TSA.

3.5 Déficit de la pragmatique chez les sujets porteurs d'un TSA

Les personnes souffrant de TSA connaissent un déficit de cette fonction. Elles répondent de manière imprécise, en ne considérant pas l'ensemble des paramètres qui peuvent faire varier le sens des mots ou des phrases. La communication corporelle ou la prosodie, c'est-à-dire les accents ou l'intensité de la diction, sont autant d'éléments que les personnes souffrant de TSA n'interprètent pas lorsqu'elles doivent réaliser une réponse (Frith, 1989).

Elles ne repèrent pas les différentes étapes de la conversation et peuvent donc dire des propos incongrus, déconnectés de la situation d'échange (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

La prise en considération de l'opinion de l'autre est également un facteur important du dialogue. Lorsque des personnes neurotypiques conversent, elles portent de l'attention sur le fond du propos, mais aussi sur la forme, l'aspect du propos afin de percevoir l'intention du locuteur. Cette communication implicite et intentionnelle est déficiente chez les personnes avec autismes (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

De plus, les personnes souffrant de TSA ne vont pas adapter leur niveau de langage en fonction du locuteur. Elles vont souvent prendre un style proche de celui des adultes, par

mimétisme de leurs apprenants (Attwood, 2003).

Ce manque d'adaptabilité au niveau verbal en fonction du locuteur se répercute immanquablement sur les habiletés sociales de l'individu porteur de TSA.

II. Les habiletés sociales

1. Définition

Parler à quelqu'un, communiquer ses états psychiques, évaluer et comprendre nos actions et leurs conséquences sur le monde qui nous entoure, sont des capacités que nous faisons naturellement, sans nous poser de questions. Ces processus sont complexes et sont en lien avec nos habiletés sociales. Ces habiletés se construisent tout au long de la vie grâce à différentes fonctions mentales (Baghdadli, 2011).

Les habiletés sociales sont les compétences qui permettent d'ajuster un comportement à son environnement social. Cette aptitude permet de comprendre et réagir aux situations sociales afin de les rendre efficaces et positives. Les habiletés sociales englobent un grand nombre de facteurs plus ou moins implicites, qu'ils soient comportementaux, émotionnels ou cognitifs. Ces compétences sont classiquement apprises lors de réalisations d'actes sociaux, par imitations ou expérimentations personnelles (Baghdadli, 2011). Elles se développent également grâce à l'observation, l'imitation et le modelage (Cuny, 2012; Michelson et al., 1983).

Six domaines de maîtrise des habiletés sociales ont été mis en évidence (Liratni et al., 2019) :

- Comprendre le discours verbal et non-verbal d'un individu ou d'un ensemble d'individus ainsi que leurs intentions (écoute, analyse de situation…)
- Exprimer ses besoins et ses pensées (narrer synthétiquement et de façon compréhensible quelque chose à quelqu'un)
- Identifier ses propres émotions ainsi que celles des autres, les exprimer, les gérer et identifier ce qui provoque telle émotion chez les autres.
- Connaître les règles de vie en société (politesse, conventions sociales…)
- Se socialiser et s'épanouir avec autrui (s'intégrer au sein d'un groupe, jouer, tisser des relations amicales et amoureuses…)
- Généralisation au sein du foyer et en société (savoir téléphoner, faire des courses…)

Nous comprenons à présent que le champ des habiletés sociales est vaste. Plusieurs scientifiques se sont efforcés d'effectuer un classement des habiletés sociales.

2. Les compétences nécessaires au développement des habiletés sociales

Plusieurs compétences sont nécessaires au bon développement des habiletés sociales (Baghdadli, 2011).

L'intelligence et les habiletés adaptatives : L'intelligence représente à la fois les capacités d'intégration des informations issues de l'environnement et à la fois les compétences d'adaptation de son comportement en fonction de l'environnement. Elle représente également l'analyse de situations et l'invention de solutions pour résoudre des problèmes. Les habiletés adaptatives quant à elles sont issues de l'intelligence pratique et de l'intelligence sociale et regroupent un certain nombre de comportements adaptatifs ainsi que des stratégies cognitives.

La communication verbale et non verbale : La communication corporelle (mimiques faciales, regards, gestes) a une grande importance dans la communication en général.

L'imitation : Elle est primordiale dans l'apprentissage des comportements sociaux. Les difficultés d'imitation sont importantes dans le syndrome autistique. En effet, elles bouleversent le développement des compétences de la communication sociale ainsi que le jeu, le jeu étant à la base de tout relationnel chez l'enfant (Nadel, 2003).

L'attention conjointe : C'est l'aptitude permettant l'observation commune et conjointe vers un objet. Cette compétence est régie par la direction du regard et par le pointage en direction de l'objet visualisé. Cette compétence est perturbée chez les enfants porteurs d'un TSA, il est d'ailleurs considéré comme un signe alarmant.

La résolution de problème et la flexibilité cognitive sont des compétences primordiales lors d'interactions sociales. L'apprentissage de la résolution de problèmes se ferait de façon implicite et progressivement par essais erreurs. C'est une activité nécessitant des processus complexes dont l'intégration mentale de l'événement est essentielle. Concernant la flexibilité cognitive, elle permet en partie le contrôle exécutif qui intervient dans l'adaptabilité face aux événements nouveaux.

En effet, dans le cas où le sujet n'a jamais vécu une situation, il ne peut répondre à cette situation par un comportement habituel (Duncan, 1986). Le sujet doit faire appel à différentes compétences comme l'inhibition de réactions, l'initiation comportementale, la planification de tâches, la création d'hypothèses, la flexibilité mentale, le jugement ainsi que la prise de décision (Baghdadli, 2011; Collette et al., 2006).

Les aspects socio-pragmatiques du langage : Nous avons traité plus haut ce domaine.

La lecture des émotions : Des chercheurs ont étudié le lien entre nos émotions et leur impact sur notre adaptation en société, sur la prise de décision ou bien la planification. Il semblerait que plusieurs hypothèses sont encore discutées à ce jour concernant le lien entre les troubles de la cognition sociale et des altérations de l'amygdale, un des centres de l'émotion au niveau cérébral (Damasio & Blanc, 2010).

La Théorie de l'Esprit : Nous avons déjà détaillé précédemment, les retentissements d'un tel déficit chez le patient porteur d'un TSA.

Toutes ces compétences sont nécessaires au bon développement des habiletés sociales. Nous pouvons donc comprendre à présent pour quelle raison les personnes avec TSA ont des difficultés au niveau des habiletés sociales.

3. L'atteinte des habiletés sociales dans l'autisme

Chez un individu souffrant d'un TSA, le développement des habiletés sociales est perturbé. En effet, les nombreux déficits au niveau du traitement de l'information, du fonctionnement cognitif, des aspects socio-pragmatiques, de la communication verbale et non-verbale, entravent le bon développement des habiletés sociales. Par conséquent, cette aptitude qui est censée être apprise implicitement par expérimentation personnelle d'actes sociaux doit être enseignée de manière explicite pour les personnes porteuses d'un TSA.

De plus, une défaillance dans l'apprentissage ou l'expression des habiletés sociales implique une non-efficacité des communications, des conduites inadaptées qui peuvent avoir d'importantes répercussions sur la vie de la personne.

3.1 Les différents types de profils d'interaction sociale chez les individus porteurs de TSA

Des chercheurs ont pu mettre en évidence quatre profils d'interactions sociales chez les personnes atteintes d'autisme (Wing & Gould, 1979).

- Le « profil retiré » : Les sujets de cette catégorie ne prêtent aucune attention aux sujets environnants. Ils ne parlent pas et « s'amusent » à effectuer des actes de routine.
- Le « profil passif » : Les individus avec ce type de profil acceptent le contact, mais de manière passive. Ils ne sont pas les initiateurs d'une prise de contact avec autrui.
- Le « profil actif, mais bizarre » : Ces personnes recherchent le contact mais sont inadaptés.
- Le « profil pompeux » : Les difficultés d'interactions sociales sont moins évidentes chez les individus avec ce type de profil d'interaction. En effet, ces derniers comblent

leurs difficultés grâce à leurs capacités intellectuelles et par un apprentissage par cœur des conventions sociales.

Les personnes souffrant de TSA connaissent des difficultés lors des échanges sociaux (tissage des liens amicaux, gestion de conflits, etc.), et ce dès l'apparition du langage verbal et/ou non verbal. Ces dernières peuvent perdurer, voire s'aggraver dans le temps avec la diversification et la complexification des relations sociales surtout durant la période de l'adolescence qui est marquée par de nombreuses évolutions sur le plan des rapports sociaux.

3.2 L'impact du déficit des habiletés sociales sur les relations sociales dans l'autisme

L'adolescence est une période de grands bouleversements dans la vie d'un enfant et encore plus lorsque ce dernier est atteint d'autisme. Les difficultés liées au TSA se font ressentir de plus en plus avec l'arrivée de la puberté, des changements corporels et hormonaux, ainsi qu'avec l'intensification des relations sociales aussi bien amicales qu'amoureuses. Assouline (2013) parle de "poussée interactive" qui réorganise ainsi les relations de l'adolescent avec TSA. C'est lors de ce moment transitoire que des troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux ou dépressifs peuvent faire leur apparition chez le sujet avec TSA (Assouline, 2013). D'autres recherches ont montré qu'un adolescent sur trois porteurs du syndrome d'Asperger a déjà souffert d'une dépression sévère (Attwood & Garnett, 2020). Les raisons d'apparition de ces troubles sont multiples.

Il y a notamment le sentiment d'isolement social et de solitude. En effet, même si les individus souffrant d'un TSA n'ont pas les capacités innées pour entrer en relation avec les autres, ils ont tout de même envie de se faire des amis. Ces jeunes atteints de TSA souhaitent pouvoir réaliser des actes sociaux et/ou sentimentaux, mais sentent leur différence comme un obstacle à leur intégration.

Le sentiment de rejet, le manque de considération ou de respect de la part des pairs affectent l'estime de soi du sujet et le pousse à rester seul (Attwood & Garnett, 2020).

De plus, l'interaction sociale peut être ressentie comme étant fatigante sur le plan cognitif chez les adolescents porteurs d'un TSA. En effet, pour pouvoir fournir une réponse adaptée à son interlocuteur, l'adolescent porteur de TSA fournit beaucoup d'énergie dans l'analyse de la situation d'interaction (Attwood & Garnett, 2020).

Pourtant, c'est à travers les interactions que l'adolescent atteint de TSA pourra trouver un moyen de corriger partiellement ses anomalies du développement de la petite enfance. C'est à travers l'expérimentation de la communication verbale et non verbale, que le jeune va pouvoir

aiguiser sa perception de la situation pour permettre cette assimilation au groupe (Assouline, 2013).

Ces envies et pulsions nouvelles ne seront pas toujours exprimées par l'adolescent. Ces bouleversements émotionnels peuvent ne pas être ressentis par la famille, ce qui peut engendrer des réactions caractérielles, provocatrices voire violentes. Ces dites réactions sont paradoxales, car les jeunes pourront alors se sentir dévalorisés d'être différents et de ne pouvoir faire comprendre leurs envies et pulsions (Assouline, 2013). Ces frustrations ont un impact négatif sur les symptômes du TSA en favorisant leurs ampleurs au quotidien.

Ces difficultés observées ainsi que leur retentissement dans la vie quotidienne des individus avec TSA, ont permis la mise au point de thérapies et de programmes afin de développer les compétences sociales de ces individus et par conséquent leur intégration sociale.

4. L'entraînement aux habiletés sociales

4.1 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des recommandations à destination des professionnels. Deux documents sont parus à ce jour. Le premier en 2012, recommande les interventions visant à développer les habiletés sociales (HAS, 2012). Le second document paru en 2018, recommande l'évaluation du langage et de la communication ainsi que la pragmatique et les habiletés sociales (HAS, 2018). Enfin, concernant les adultes atteints d'autisme, les recommandations de 2017 prônent l'évaluation et l'intervention dans le domaine des habiletés sociales (HAS, 2017).

4.2 Les différentes méthodes d'intervention

Les types d'interventions sont multiples, elles peuvent être individuelles ou en groupe. De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de certaines méthodes behavioristes (Wacker & Berg, 2009) afin de rééduquer les habiletés sociales.

Actuellement, l'une des principales approches d'éducation aux habiletés sociales est la thérapie dite cognitivo-comportementale dont les méthodes A.B.A. "Applied Behavior Analysis" (Analyse Appliquée du comportement) et TCC (Techniques Cognitives et Comportementales) sont issues.

La méthode A.B.A. : Elle s'appuie sur la mise en conditionnement de l'adolescent par une suite de questions ou de mises en situations théoriques. Si la réponse ou la réaction citée est appropriée alors une récompense est attribuée au jeune, sous forme verbale ou autre (félicitations, jeux, …). La méthode a également pour but de changer ces comportements par des comportements sociaux plus adaptés. Elle utilise entre autre, le modeling, la répétition, et la guidance (Liratni et al., 2019). De nombreux programmes issus de cette méthode existent (DDDC, LEAP).

La Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) : Elle permet l'analyse et la compréhension de situations difficiles pour le sujet. Elle met également le sujet face aux situations redoutées. Les moyens utilisés lors de la thérapie sont multiples. Il peut s'agir d'enseignements théoriques spécifiques à une compétence par le biais de jeu de rôle ou de scenarii sociaux, d'enseignements par « modeling » sur support visuel ou virtuel, d'enseignements par résolution de problèmes (identifier, résoudre, vérifier la solution), d'enseignements par renforcement positif (système de récompense), d'enseignements par exposition planifiée et répétée à des situations anxiogènes pour le sujet, d'enseignement à partir d'analyses fonctionnelles d'une situation sociale problématique.

La mise en place de méthodes de rééducation est souhaitée dans les plus brefs délais. En effet des études démontrent que la plasticité neuronale est plus importante durant l'adolescence chez les porteurs du TSA (Wass & Porayska-Pomsta, 2014).

Ces méthodes de prise en charge peuvent prendre de nombreuses formes en fonction du contexte d'apprentissage et du profil du sujet. L'une d'elles consiste à travailler par l'intermédiaire de vidéos qui ajoutent un aspect dynamique et ludique pour le jeune porteur de TSA.

III. Le support vidéographique et le développement des habiletés sociales

L'utilisation de supports visuels pour les sujets atteints d'autisme fait aujourd'hui l'unanimité auprès des familles et des professionnels intervenants auprès d'eux. En effet, le support visuel a l'avantage de laisser une trace, il pourra donc faire l'objet d'analyses répétées dans le temps. Par ailleurs, les images (photographies, dessins) ont l'inconvénient d'être statiques, ce qui rend le support peu écologique. En effet, rien ne vaut l'analyse d'une situation réelle car les indices contextuels, verbaux et non verbaux sont plus apparents pour les sujets atteints

d'autisme (Vermeulen, 2019). L'outil vidéographique permet justement une approche plus écologique du fait des images dynamiques.

1. Les avantages de l'outil vidéographique

Actuellement, les nouvelles technologies sont de plus en plus utilisées auprès des sujets atteints d'autisme du fait de leur accès facilité et de leur coût de moins en moins onéreux. En plus d'être ludique, cet outil permet de mettre en évidence des comportements spécifiques que l'enfant intègrera rapidement (Murray et al., 2016).

La vidéo permet également, l'arrêt, le retour sur image et sur le son. Il est également tout à fait possible avec la vidéo de ralentir la diffusion des images et du son (la parole). Ces procédés sont intéressants pour le sujet avec TSA, car ils lui permettent d'analyser à son rythme, les situations présentées (Baghdadli, 2011). Le support vidéo à l'avantage d'être attrayant pour le jeune atteint de TSA. Lorsque ce support traite de situation d'interactions sociales, il préserve le sujet porteur d'autisme de toute critique et de tout stress venant d'autrui et de son environnement. L'individu avec autisme n'a alors nul besoin de fournir des efforts démesurés pour analyser la situation d'interaction sociale (Attwood & Schovanec, 2018).

En somme, le support vidéographique est un outil d'apprentissage pour les sujets atteints d'un TSA. La technique de « modeling » ou de modelage, utilise ce médium pour permettre l'apprentissage de compétences grâce à l'imitation.

2. Le modelage par vidéo

Il existe trois types de modélisation vidéo différant par leurs avantages propres et par leur mode de création. Les trois types de modélisation vidéo ont le même objectif ; permettre à l'individu d'apprendre de façon motivée et visuelle (Murray et al., 2016).

2.1 La modélisation Vidéo de Base (MVB)

L'enseignement par MVB consiste à montrer une vidéo d'un individu (autre que le sujet apprenant) réalisant correctement une action d'une compétence à acquérir par l'apprenant. Le but étant de modifier les comportements du sujet et de lui transmettre des savoir-faire ou des routines. Il est donc primordial avec cette technique d'enseignement de distinguer les bons comportements et les mauvais comportements. Selon Michelle Garcia Winner, les comportements dits « adaptés » désigne tout comportement qui est socialement acceptable. Tandis que les comportements inadaptés sont ceux qui sont qualifiés socialement inacceptable

au vu du contexte (Winner, 2007) cité par (Murray et al., 2016). Une vidéo qui répond aux critères MVB met en évidence les comportements adaptés dans le but de diminuer les comportements inadaptés chez l'individu spectateur.

Des chercheurs ont prouvé l'efficacité de la MVB auprès des enfants porteurs de TSA (Charlop-Christy et al., 2000) cité par (Murray et al., 2016). Ils ont pu comparer l'efficacité de l'apprentissage par MVB à celle d'un apprentissage par modèle vivant (apprentissage in vivo). Selon les résultats de l'étude, la MVB permet une acquisition plus rapide des compétences que l'apprentissage par modèle vivant ainsi qu'une généralisation des aptitudes plus importante.

Pour les individus avec TSA, le support vidéo est très adapté du fait de leur préférence pour les stimuli et instructions visuelles, leur propension à éviter les interactions sociales et à leurs capacités de traitement de l'information visuelle plutôt que verbale (Corbett & Abdullah, 2005) cité par (Murray et al., 2016).

Un large panel de compétences peuvent être enseigné grâce à la MVB comme la communication, la cognition, les comportements adaptatifs, la motricité, les routines ainsi que le domaine socio-émotionnel (Murray et al., 2016). Les auteurs précisent également que la MVB a toute son importance lorsqu'il s'agit de préparer l'individu à des activités peu familières (rendez-vous chez le dentiste). Elle a en effet le pouvoir de diminuer le stress lié à l'événement chez l'individu avec TSA.

2.2 L'Auto-Modélisation Vidéo (AMV)

L'AMV ne diffère de la MVB uniquement par le fait que l'individu apprenant est également l'acteur principal de la vidéo. En somme, le sujet atteint d'autisme regarde une vidéo de lui-même réalisant le comportement adéquat. Ce type de vidéo lui enseigne à la fois le comportement attendu, mais augmente également sa confiance en lui, car il est témoin de sa capacité à réaliser l'action attendue. Certains chercheurs ont découvert que les enfants étaient plus à même d'imiter les comportements observés s'ils montraient de l'intérêt pour le modèle. Pour qu'un enfant s'intéresse au modèle, ce dernier doit être compétent et similaire à l'apprenant en termes de caractéristiques physiques, de sexe et d'âge (Bandura & Walters, 1977) cité par (Murray et al., 2016). Il n'y a donc pas meilleur modèle que soi-même. Bien évidemment, pour cette pratique, il est indispensable que l'enfant soit capable de se reconnaître dans la vidéo. La compétence d'auto-reconnaissance semble être acquise autour

de deux ans pour les neurotypiques comme pour les sujets porteurs de TSA ou avec des retards de développement (Buggey, 2009).

Il existe deux types de vidéos AMV, la *Consolidation du Comportement Existant* et l'*Anticipation du Comportement Emergent* (Dowrick, 1999). Dans le premier type de vidéo, l'objectif est d'augmenter la fréquence d'un comportement existant déjà chez le sujet apprenant, mais qui n'est pas systématique. Dans le second type de vidéo, le sujet se regarde réaliser une compétence légèrement au-dessus de ces aptitudes actuelles. Ce type de vidéo peut être présenté au sujet s'il est partiellement capable de présenter les comportements attendus, s'il réalise le comportement attendu mais avec un faible niveau, s'il a besoin d'un soutien pour réaliser le comportement attendu. Enfin, il existe un avantage certain à faire jouer le spectateur dans la vidéo, c'est l'effet « vedette de cinéma ». Certains enfants améliorent leurs compétences en réalisant les comportements cibles uniquement grâce à leur conscience d'être filmé (Murray et al., 2016).

2.3 La Modélisation Vidéo « Perception Propre » (MVP)

La MVP est identique à la MVB en ce sens que le spectateur n'est pas l'acteur des vidéos. Ce qui différencie ces deux types de modélisation vidéo est le point de vue utilisé. En effet, l'enregistrement vidéo adoptera la perspective, le point de vue de l'apprenant. L'acteur principal de la vidéo n'est donc pas visible à l'exception de ses mains. Ce type de vidéo a pour objectif de donner un modèle exact de la manière dont l'apprenant doit réaliser le comportement cible. Le point de vue que confère ce type de vidéo est intéressant notamment pour enseigner les aptitudes d'interaction sociale qui nécessitent de diriger le regard vers une direction précise. La MVP est particulièrement avantageuse car l'individu apprenant n'a alors nul besoin de se mettre à la place de l'acteur pour comprendre la situation présentée (Murray et al., 2016). Or, nous savons que pour les individus avec un TSA, se mettre à la place de quelqu'un est particulièrement difficile pour eux du fait des difficultés en Théorie de l'Esprit.

3. Les scénarii sociaux

Les Social Stories™ ont été inventées par Carol Gray au début des années 1990. Le principe des scénarii sociaux est de décrire de manière séquencée les situations problématiques de la vie quotidienne pour les individus porteurs de TSA. L'objectif de ces courtes saynètes écrites est de mettre en évidence les éléments sociaux importants et de donner les réponses qui sont socialement adaptées à la situation présentée. Les scénarii sociaux sont donc des outils très

utiles pour mettre en exergue des règles sociales peu évidentes aux yeux des individus avec un TSA, pour apporter une réponse adaptée et socialement acceptée (Gray & Bouchard, 1996).
Ces outils ont été créés à l'origine pour répondre à un besoin individuel. Toutefois, il est possible d'utiliser ce type d'outils pour une pratique en groupe si les problématiques de chaque individu sont similaires. Ce type de support est destiné aux individus sans déficience intellectuelle ou avec une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Il est également possible de décliner cet outil sur un support imagé ou même vidéographique le rendant ainsi accessible aux individus porteurs d'autisme non lecteurs (Gray & Bouchard, 1996).

Actuellement, plusieurs plateformes proposent l'adaptation de scénarii sociaux sous forme vidéographique.

Le Centre de Ressources Autisme (CRA) du Languedoc-Roussillon : Les vidéos contiennent des situations de communication associées à une attitude non verbale qui renforce de manière négative ou positive le contenu du discours. Ici, le spectateur a la possibilité d'identifier le comportement posant problème.

La plateforme interactive québécoise *A pour Autre* : Cet outil disponible sur internet, a une visée interactive. En effet, on y trouve deux courts films interactifs illustrant des situations sociales. La vidéo se coupe un instant lorsque la situation sociale devient problématique. Elle invite l'observateur à faire un choix entre deux réponses, l'une socialement adaptée et l'autre socialement inadaptée. Des explications sont suivies justifiant le choix correct ou incorrect de la réponse du spectateur. La vidéo continue en modélisant la réponse socialement attendue. Cette expérience se veut ludique et a pour objectif de sensibiliser à l'existence de l'Autre (neurotypique ou TSA) (Ménard & Poulin, 2014).

La Web série *TouT S'Arrange* de l'association Ikigaï *:* Cette série de huit épisodes met en scène des situations de communication qui tournent mal à cause des traits de caractère atypiques et proéminents de l'acteur principal. L'objectif est d'amener le spectateur à comprendre les émotions, les actions et réactions qui ont bloqué la situation d'interaction et de proposer des solutions pour débloquer la situation. Chaque épisode est divisé en séquences d'apprentissage parmi lesquelles l'enfant sera amené à se mettre à la place de chaque personnage de la situation, à décrypter la situation à l'aide d'explication détaillée, à acquérir

une nouvelle compétence en s'y entraînant. Enfin, le personnage principal sera confronté à une situation semblable et réussira à être socialement adapté grâce aux compétences travaillées auparavant (*Association Ikigaï*, 2019).

Ces ressources vidéographiques se multiplient. Toutefois, elles sont encore peu nombreuses pour les thérapeutes veillant au développement des habiletés sociales de leurs patients atteints de TSA. Pourtant, les résultats semblent prometteurs (Garnier et al., 2019).

IV. Problématiques et hypothèses

1. Problématique

Au regard de la littérature, il apparaît que le support vidéographique convient à la prise en soin des sujets porteurs d'un TSA. Un des points à travailler durant la prise en soins serait le développement des habiletés sociales, notamment celles en lien avec l'amitié.

Chez les individus atteints d'autisme, le déficit des interactions sociales est marqué et a de grandes répercussions sur le quotidien de ces personnes. Les difficultés ressenties pour se faire des amis, a un impact certain sur la vie sociale de ces individus, mais aussi sur leur bien-être psychique (isolement social, dépression). Un entraînement explicite portant sur les codes sociaux ainsi que sur les règles tacites régissant l'interaction est donc d'une importance capitale. La plupart des professionnels intervenants auprès des sujets avec autisme, propose un entraînement aux habiletés sociales. Le moyen le plus utilisé pour travailler ces habiletés sociales est la rédaction de situations sociales pouvant poser problème aux individus porteurs d'un TSA. Le but étant de transmettre à l'individu avec TSA les comportements socialement adaptés dans ces situations. Les supports pour présenter les scénarii sociaux ont évolué avec le temps. En effet, ces derniers se présentaient sous la forme de photographies pour expliquer la situation problème. Mais le caractère peu écologique que confèrent les images, ont amené les intervenants en habiletés sociales à se tourner vers le support vidéographique. Parfois, un questionnaire interactif accompagne les scénarii amenant le sujet à identifier les erreurs de communication présente dans la situation. Malheureusement, ce type de support est encore peu accessible en France et encore trop rare pour le public adolescent.

Le travail mené durant ces deux années d'étude tend à combler ce manque par la création d'une banque de vidéos interactives à destination des adolescents porteurs de TSA visant à développer les habiletés sociales en lien avec l'amitié. L'objectif est d'obtenir l'avis de professionnels (intervenant auprès d'adolescents porteurs d'un TSA) pour évaluer la qualité et

la pertinence de l'outil vidéographique créé grâce à un questionnaire qui permettra de répondre à la problématique et aux hypothèses suivantes :

Problématique : L'outil vidéographique créé est-il suffisamment abouti pour pouvoir être présenté à des adolescents porteurs d'un TSA dans le cadre d'une rééducation des habiletés sociales en lien avec l'amitié ?

2. Hypothèses

Hypothèse n°1 : Nous présumons que les intervenants en habiletés sociales de l'étude trouveront l'outil vidéographique pertinent pour développer les habiletés sociales chez les adolescents présentant un TSA.

Hypothèse n°2 : Nous présumons que les intervenants en habiletés sociales de l'étude reconnaîtront l'outil vidéographique comme pratique et facile d'utilisation.

Hypothèse n°3 : Nous présumons que les intervenants en habiletés sociales trouveront les vidéos esthétiques et attrayantes pour les jeunes adolescents porteurs d'un TSA.

Hypothèse n°4 : Nous présumons que les intervenants en habiletés sociales seraient prêts à utiliser l'outil vidéographique pour développer les habiletés sociales chez les jeunes adolescents avec un TSA.

Hypothèse n°5 : Nous présumons que les intervenants en habiletés sociales considéreront les compétences abordées dans les vidéos comme pertinentes.

Hypothèses n°6 : Nous supposons que les intervenants en habiletés sociales qualifieront les situations sociales problématiques présentées comme adaptées à des adolescents porteurs d'autisme.

Hypothèse n°7 : Nous supposons que les intervenants en habiletés sociales reconnaîtront le protocole de visionnage comme pertinent pour développer les habiletés sociales.

MATERIEL ET METHODE

Ce projet de mémoire s'inscrit dans la continuité de celui de Claire Grancier soutenu en 2021 et intitulé « Apports des vidéos de scénarii sociaux dans le développement des habiletés sociales chez les patients avec un TSA entre six et quinze ans ».

Dans cette étude, l'étudiante avait créé deux ensembles de vidéos traitant des habiletés conversationnelles pour deux groupes d'enfants, l'un scolarisés en primaire et l'autre scolarisés au collège. Chaque vidéo mettait en scène une situation dite problématique. Un QCM (Questionnaire à Choix Multiples) était ensuite proposé au spectateur pour l'aider à percevoir l'erreur de communication dans la situation. Un autre QCM interroge ensuite le sujet sur la solution qui pourrait être mise en place afin d'arranger l'interaction sociale. Enfin, la vidéo reprend pour présenter un comportement socialement adapté. Ces vidéos ont été visionnées puis testées auprès de patients porteurs d'un TSA. Un questionnaire de satisfaction a également été proposé à des intervenants en habiletés sociales (Grancier, 2021).

Bien que le support ait été jugé pertinent et ergonomique par les professionnels, que les QCM ont permis une meilleure compréhension et une meilleure résolution des scénarii sociaux présentés, l'étude n'a pas permis de conclure à une efficacité notoire des vidéos du fait d'un manque de généralisation des compétences. Ce manque de généralisation s'observait surtout chez les sujets collégiens. Plusieurs hypothèses peuvent justifier ces résultats notamment celle concernant l'espacement entre les deux vidéos qui était trop important pour permettre un apprentissage de la compétence. Pour approfondir ces résultats, Claire Grancier propose plusieurs ouvertures à son étude :

- Proposer à d'autres tranches d'âges des vidéos visant à développer les habiletés sociales
- Permettre un apprentissage plus intensif en enrichissant la phase d'entraînement par l'ajout de nouvelles vidéos traitant l'habileté en question.
- Traiter de nouvelles habiletés sociales à l'aide des scénarii sociaux sur support vidéographique, notamment les compétences concernant le jeu social, le développement de l'amitié ou la gestion des émotions.

Au vu des résultats de cette étude et des recherches bibliographiques menées dans le cadre de ce mémoire, il nous ait paru nécessaire de créer un matériel vidéographique proche de celui de la précédente étude, mais ayant pour visée le développement des habiletés sociales en lien avec l'amitié à destination uniquement des adolescents porteurs de TSA. Ce matériel sera

ensuite proposé à un échantillon d'intervenants en habiletés sociales pour juger de sa pertinence au sein d'un accompagnement visant le développement des habiletés sociales.

Nous tenons cependant à préciser que ce matériel n'a pu être testé par des patients porteurs d'autisme. En effet, nous avons eu connaissance tardivement (septembre 2021) qu'il était nécessaire de constituer un dossier Comité de Protection des Personnes (CPP) pour pouvoir mener cette recherche de type interventionnelle. La constitution du dossier ainsi que l'analyse du dossier par le comité durant minimum trois mois, les délais pour mener notre protocole initial à bien, étaient trop courts. Nous avons donc pris la décision d'une réorientation du sujet qui ne nécessite aucunement la participation de patients, mais seulement de professionnels intervenants auprès de ce public.

En premier lieu nous décrirons la population recueillie à la fois pour créer les vidéos ainsi que pour les évaluer. Ensuite, nous préciserons le matériel utilisé pour tourner et monter les vidéos. Enfin, nous détaillerons le protocole utilisé pour mener cette étude.

I. Population

1. La population destinataire des vidéos

1.1 Le profil du patient type

Au vu de la grande variabilité des profils autistiques existant, il nous a semblé indispensable d'imaginer un profil type de patient avec autisme afin de créer notre support vidéographique. Avant toute création, il est nécessaire de savoir à qui s'adresse l'outil pour pouvoir cibler son utilisation. Même si nos vidéos n'ont pas pu être visionnées par des patients réels, nous avons tout de même tenu à sélectionner des critères « fictifs » d'inclusion. Nous devions aussi veiller à ce que ces critères ne soient pas trop restrictifs pour que nos vidéos s'adressent à un maximum de patients. Nous avons défini le profil du patient type suivant :

- Âge : entre douze ans et dix-sept ans inclus
- Scolarisation : inclusive en milieu ordinaire
- Classe : entre la cinquième et la terminale incluse
- Efficience intellectuelle : Sans déficience intellectuelle
- Pathologie : Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

Il ne nous a pas semblé nécessaire d'inclure dans ces critères les compétences langagières aussi bien expressives que réceptives du patient. En effet, les QCM pouvant être lus par le thérapeute, l'accessibilité du patient aux questions n'est donc pas compromise.

1.2 Les thérapeutes

Bon nombre de professionnels des domaines psycho-médico-pédagogiques interviennent auprès d'individus avec autisme dans le cadre d'un accompagnement pour développer les habiletés sociales. Il peut s'agir d'un orthophoniste, d'un psychologue, d'une psychomotricienne, d'un médecin, ou d'un éducateur spécialisé. L'outil que nous avons créé est utilisable par tous et a pour objectif de s'adapter aussi bien à la pratique individuelle qu'à la pratique de groupe. Ce support peut donc aussi bien s'adresser à des professionnels exerçant en libérale qu'en structure.

2. Les acteurs des vidéos

Nous avons pu voir précédemment que pour permettre à l'individu de s'identifier aux acteurs de nos vidéos, il fallait que ces derniers lui soient ressemblant en termes de caractéristiques physiques, de sexe et d'âge (Bandura & Walters, 1977). Nous avons donc tenté de faire en sorte de prendre des acteurs de la même tranche d'âge que notre patient type. Initialement, nous avions pour projet de solliciter des élèves de collège et lycée, de sexe masculin et féminin. Cependant, la situation sanitaire à l'époque du tournage ne nous a pas permis de recruter des acteurs « inconnus » correspondant aux critères exacts de sexe et d'âge. Le choix d'acteurs issus de notre environnement familial s'est donc imposé à nous. N'ayant que peu d'individu de cette tranche d'âge dans notre entourage, deux acteurs masculins de quinze et dix-sept ans ont donc été retenus pour deux rôles différents. Un troisième acteur de 26 ans, a également été retenu en complément pour pallier les difficultés de planning qu'engendrait la situation sanitaire.

Une autorisation de captation de voix et d'images vidéo a pu être recueilli auprès de tous les acteurs, qu'ils soient majeurs ou mineurs pour attester de leur consentement (annexe II, annexe III).

Par ailleurs, aucune actrice féminine n'a pu participer au tournage pour le rôle d'une adolescente et nous en sommes désolée. Cependant, nous sommes consciente que le Trouble du Spectre de l'Autisme ne fait aucunement de discrimination de genre, même si les garçons sont plus touchés que les filles (1 fille pour 3 garçons) (Loomes et al., 2017).

Ces critères étant à présent définis, nous nous sommes attelés au choix du matériel pour créer le support vidéographique. Cette étape est capitale pour permettre une prise de son et une prise d'image la plus qualitative possible.

II. Matériel

1. Le tournage des vidéos

Notre outil vidéographique a pour objectif de représenter des scènes de la vie courante d'un adolescent. Nous nous sommes fixée un carnet des charges à respecter pour chacune des vidéos afin de garantir au mieux une homogénéité entre ces dernières.

- Les vidéos durent toutes entre 1 minute et 1 minute et 30 secondes. En effet, des vidéos de courte durée permettent aux adolescents d'éviter une surcharge cognitive liée à la quantité d'informations « non essentielles » présentes dans la situation d'interaction. Cette durée permet également de maintenir les compétences attentionnelles des patients.
- Les séquences vidéographiques sont filmées d'un point de vue fixe et horizontal, dit plan moyen, c'est-à-dire que les personnages sont représentés en entier et l'environnement proche est visible. Ces paramètres permettent une stabilité de l'image dans laquelle l'expression corporelle des personnages est visible.
- Les décors sont neutres afin de recentrer l'attention du spectateur sur la situation d'interaction. Ceci a pour effet, de pallier les difficultés en lien avec le déficit de la cohérence centrale présent dans les TSA.
- Les acteurs avaient pour consignes de parler fort, d'articuler, d'adopter une fluence modérée et d'être tant que possible expressif avec leur corps et avec leur intonation. Toutefois, nous rappelons que les acteurs sont amateurs. Il est donc difficile d'obtenir une application parfaite de tous ces paramètres.
- D'un point de vue de la réalisation technique, différents outils amateurs et semi-professionnels ont été utilisés pour permettre, tant que possible, une prise d'image et de son de qualité. Pour filmer nous avons utilisé un smartphone (Samsung Galaxy note 10) fixé sur un trépied. Pour la captation sonore, nous avons utilisé un microphone Yéti de la marque Blue™ équipé d'un filtre contre les bruits parasites tels que le vent. Le microphone était situé au sol, à proximité des acteurs sans pour autant apparaître dans le cadre. Cette proximité rend l'enregistrement des voix et des bruitages (bruits de pas, objets) réaliste.

2. Le montage des vidéos

La prise de son a été réalisée par le logiciel Audacity. Un travail d'amélioration du rendu sonore, notamment la réduction de bruits parasites, a été réalisé sur ce même logiciel.

Le montage des vidéos s'est fait à l'aide du logiciel Movavi vidéo suite 18. Ce dernier permet de synchroniser les pistes sonores et visuelles et d'y incorporer les QCM ainsi que les génériques d'ouverture et de fermeture. Chaque vidéo est balisée par des génériques qui présentent le sujet abordé. Ces génériques comportent une musique libre de droit afin d'apporter un aspect ludique et dynamique au support.
La police d'écriture Comic Sans MS est utilisée sur l'ensemble des vidéos. Cette dernière étant très utilisée dans le milieu scolaire du fait de sa lisibilité, elle facilite donc la compréhension des QCM.
Il a également été ajouté au montage un logo « pause » pour indiquer au thérapeute de stopper temporairement le cours de la vidéo. Ainsi, le sujet apprenant peut prendre le temps de lire les questions demandées, à son rythme.

Par ces choix techniques nous avons tenté de concevoir un outil ludique et facile d'utilisation pour permettre aux adolescents présentant un TSA de développer leurs habiletés sociales. Nous allons à présent vous présenter les procédures qui nous ont permis d'élaborer et d'évaluer le contenu de l'outil vidéographique.

III. <u>Procédure</u>

1. Création de l'outil vidéographique

Les résultats et les conclusions du mémoire de Claire Grancier en 2021, nous ont permis de mieux cibler le public destinataire des vidéos ainsi que l'habileté sociale à aborder dans le support vidéographique. Afin d'organiser notre travail, nous nous sommes référée à une taxonomie présentant les compétences nécessaires à travailler pour acquérir l'habileté sociale choisie.

1.1 Choix de la taxonomie des habiletés sociales

Il existe aujourd'hui un bon nombre de taxonomies différentes proposant un classement des habiletés sociales. Actuellement, aucune taxonomie n'est communément acceptée dans la littérature. Cependant, nous retrouvons deux types de classification des habiletés sociales, celles qui sont élaborées à partir de l'âge de l'individu et de son niveau scolaire et celles qui sont établies selon des thématiques. Le premier type de classification correspond mieux aux

stades de développement d'un individu. Cette taxonomie est préférable pour les sujets avec un TSA qui ont des compétences cognitives et langagières proches de la moyenne. Le deuxième type de classification a pour avantage de s'adapter à tout individu présentant un TSA avec ou sans déficience intellectuelle (Granit, 2016) cité par (Grancier, 2021).

Nous avons donc fait le choix d'une classification établie en fonction de l'âge de l'individu et de son niveau scolaire. L'inventaire des habiletés sociales de quatorze ans à l'âge adulte (Baker, 2020) nous est apparu comme le plus adéquat pour notre étude (Annexe IV). Cependant, nous nous sommes intéressée uniquement aux compétences en lien avec le développement et l'entretien des amitiés.

A partir de cette classification, nous avons pu regrouper les items sous des compétences plus générales (Annexe V). Cette première version a ensuite pu être étoffée par l'ajout de nouvelles sous compétences plus précises et dont l'appellation est plus évocatrice (Annexe VI). Pour créer notre support vidéographique, nous avons décidé de nous concentrer uniquement sur la compétence n°1, « commencer une relation amicale ».

Ces compétences et sous compétences nous ont permis de structurer le support vidéographique tout en étant le plus exhaustif possible dans le traitement de l'habileté sociale en lien avec l'amitié. Cette étape a également été importante pour élaborer les scénarii sociaux en donnant les différentes sous compétence à aborder dans les vidéos.

1.2 Description des scénarii sociaux en lien avec les compétences de la taxonomie

Seize vidéos présentant une situation sociale ont pu être créées. Toutes les vidéos traitent de la même compétence sociale qui s'intitule : Commencer une relation amicale. Quatre sous compétences ont été abordées au sein des seize vidéos :

- Savoir quand aborder la personne
- Savoir se présenter à quelqu'un
- Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne
- Savoir montrer de l'intérêt pour une personne

Dans la même idée de ce qu'avait pu être proposé par la plateforme A pour Autre et par Grancier, 2021, chaque vidéo présente deux individus en interaction (parfois trois). Lors de cette interaction, les protagonistes rencontrent un problème dans la communication. A cet instant, la vidéo se coupe pour laisser place à deux QCM incitant le spectateur à chercher le

problème de la situation d'interaction et à y trouver une solution adaptée en se mettant à la place du personnage principal (Annexe VII).

1.3 Les QCM

En plus d'apporter un aspect ludique et interactif, les questions à choix multiples permettraient aux adolescents, une meilleure compréhension des situations sociales présentées et apporteraient une aide non négligeable à la résolution de la situation sociale (Grancier, 2021).

Les propositions de réponses ainsi que les questions sont courtes et d'un registre langagier simple pour faciliter la compréhension.

Concernant les mauvaises propositions, nous avons fait le choix de proposer des réponses non absurdes, c'est-à-dire qui ne sont pas déconnectées de la situation présentée, afin de rendre moins évident la bonne réponse et de ne pas aiguiller le sujet apprenant vers cette dernière. Pour chaque question présente dans les vidéos, nous avons proposé trois possibilités de réponses différentes.

Le thérapeute a la possibilité de mettre pause afin de laisser à l'apprenant le temps de lecture qui lui est nécessaire. Le thérapeute peut également lire l'intitulé des questions ainsi que les réponses proposées à l'apprenant si ce dernier a des difficultés en langage écrit. Un logo « pause » s'affiche en haut à droite pour mémo. Ensuite, la bonne réponse apparaît en vert afin de donner un retour correctif immédiat à l'apprenant. De cette manière, nous sommes certaine que le sujet aura alors une bonne compréhension de la situation pour répondre à la dernière question. Enfin, la bonne réponse s'affiche en vert et est illustrée par la suite dans la vidéo.

1.4 Schéma d'organisation d'une vidéo

Pour rappel, les vidéos sont de courte durée (entre 1 minute et 1 minute 30). Le temps de lecture des QCM n'est pas compris dans le temps de la vidéo puisque nous indiquons au thérapeute accompagnant l'adolescent, à mettre la vidéo en pause. Toutes les vidéos sont construites de la même manière, selon le modèle suivant :

- Générique de début : Le titre, le numéro de la vidéo, ainsi que la signature s'affichent à l'écran

- Situation initiale : La vidéo expose la situation d'interaction. Les deux personnages entrent en communication et rencontrent un problème.
- QCM n°1 : « Quel est le problème dans cette situation ? »
- Réponse correcte du QCM n°1 (en vert)
- QCM n°2 : « Que ferais-tu à la place du personnage vert ? »
- Réponse correcte du QCM n°2 (en vert)
- Situation de résolution du problème initial : La réponse correcte est modélisée.
- Générique de fin : Le numéro de la vidéo, le titre et la signature sont rappelés.

2. Organisation générale des vidéos

Après avoir abordé la construction interne des vidéos, nous évoquerons l'organisation générale des vidéos.

Nous avons pour cela créé un protocole de visionnage des vidéos afin de permettre à l'apprenant de progresser. Seize vidéos ont été créées afin d'aborder quatre thèmes (ou sous compétences) répondant à la compétence « commencer une relation amicale » nécessaire au développement des habiletés sociales liées à l'amitié. Par conséquent, chaque sous compétence contient quatre vidéos qui s'organisent de la manière suivante :

- La première vidéo permet à la fois, à l'apprenant de s'exercer mais aussi au thérapeute d'évaluer les compétences initiales de l'enfant au sein de la sous compétence travaillée.
- La deuxième vidéo ainsi que la troisième de la sous compétence, sont dédiées à l'apprentissage uniquement. Elles permettent de varier les situations d'interaction en jouant sur le contexte, les sujets et les problématiques abordés.
- La quatrième vidéo de la sous compétence sert à évaluer les compétences de l'adolescent afin d'observer une potentielle progression.

A la différence du protocole proposé par Grancier, 2021, deux vidéos intermédiaires dites « d'entraînement » ont été ajoutées afin d'intensifier l'apprentissage de la sous compétence. Nous espérons par ce protocole, une meilleure généralisation des aptitudes dans le quotidien des patients.

Cet outil vidéographique ainsi que le protocole de visionnage ont pu être proposés à des professionnels intervenant auprès d'enfants et d'adolescents avec un TSA dans le cadre d'un accompagnement au développement des habiletés sociales. Les vidéos ont été déposées sur la plateforme sécurisée UPtube de l'Université de Poitiers et ont ainsi été transmises aux

professionnels participants à l'étude. Cette plateforme a l'avantage d'être sécurisée du fait de l'impossibilité de télécharger et de conserver les vidéos sur les ordinateurs des participants, respectant ainsi les droits d'auteur ainsi que le droit à l'image des acteurs.

Les participants ont ensuite évalué le support vidéographique par l'intermédiaire d'un questionnaire de satisfaction.

3. Questionnaire d'évaluation du support vidéographique

3.1 Objectifs du questionnaire

Nous avions pour objectif de solliciter des professionnels accompagnant des individus atteints d'un TSA dans le cadre des habiletés sociales afin de recueillir leurs avis et leurs remarques concernant l'outil vidéographique créé. Le retour des professionnels, nous indiquera les avantages et les inconvénients du support mais aussi les pistes d'amélioration à apporter à l'outil.

Ce questionnaire a pour but :

- D'évaluer la pertinence de l'outil vidéographique créé.
- D'évaluer la praticité et la facilité d'utilisation de l'outil vidéographique.
- D'évaluer la qualité visuelle et auditive des vidéos.
- D'évaluer l'attractivité des professionnels pour l'outil vidéographique.
- D'évaluer la pertinence des compétences choisies pour travailler les habiletés sociales liées à l'amitié.
- D'évaluer l'exhaustivité des compétences travaillées via l'outil vidéographique créé ainsi que le protocole de visionnage.

3.2 Qualité de l'échantillon

Notre questionnaire s'adressait à différents professionnels prenant en soins les individus atteints d'un TSA et travaillant au développement de leurs habiletés sociales. Nous avons vu plus haut qu'il pouvait s'agir d'un orthophoniste, d'un psychologue, d'un psychomotricien, d'un médecin, ou d'un éducateur spécialisé exerçant en structure ou en libéral. Nous avons également précisé aux professionnels que l'accompagnement d'individus porteurs de TSA dans leur développement des habiletés sociales était une condition indispensable pour leur participation à l'étude.

Par la suite, nous avons étudié les réponses de vingt-cinq orthophonistes sur un total de quarante-quatre réponses reçues. En effet, sur ces quarante-quatre réponses obtenues, dix-huit étaient incomplètes. La majorité des réponses ont été fournies par des orthophonistes sauf une, d'un(e) psychomotricien(ne), qui a été retirée, sur les conseils d'un statisticien, afin d'obtenir une meilleure homogénéité des profils répondant. En effet, il n'aurait pas été fiable de faire une analyse différenciée uniquement pour un seul professionnel existant dans sa catégorie.

3.3 Conception

La conception du questionnaire de satisfaction s'est faite par l'intermédiaire du logiciel d'enquête statistique LimeSurvey. Ce logiciel est conforme aux critères de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) et assure l'anonymat des participants.

Au total, quarante-quatre questions réparties en sept groupes ont été créés afin de répondre à l'ensemble de nos hypothèses établies (Annexe VIII):

- La partie A concerne le préambule. Ce groupe de questions nous aide à établir le profil des répondants. Nous posons les questions concernant la profession, le mode d'exercice, leur formation dans le domaine des TSA et des habiletés sociales, ainsi que le nombre d'années d'expérience dans le domaine.
- La partie B concerne les questions d'ordre générale sur le matériel vidéographique (e.g. la qualité sonore, la qualité visuelle, la qualité du montage, etc.)
- La partie C concerne les questions relatives au protocole de visionnage des vidéos auprès des patients.
- La partie D concerne les questions relatives à la première sous compétence abordée id est « Savoir quand aborder la personne » (e.g. le thème choisi, les problématiques abordées, les QCM, les solutions apportées aux problèmes).
- La partie E est construite de la même manière que la partie D, mais les questions traitent de la sous compétence « savoir se présenter à quelqu'un ».
- Il en est de même pour la partie F qui traite de la sous compétence « savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne ».
- Idem pour la partie G qui traite de la sous compétence « savoir montrer de l'intérêt pour une personne ».

- La partie H permettaient aux professionnels de nous communiquer des remarques sur des éléments qui n'ont pas été abordés dans le questionnaire.

Les quarante-quatre questions étaient proposées sous forme de QCM de façon à faciliter l'analyse des résultats et à limiter le temps de passation. Il était obligatoire pour les professionnels de répondre à toutes les questions. Pour la grande majorité des questions, un encart a été ajouté pour que les participants puissent apporter des justifications à leur réponse s'ils le souhaitaient. Ces compléments de réponses rédigés par les participants serviront à notre analyse et alimenteront notre discussion par la suite.

Nous avons ensuite procédé à plusieurs vérifications avant la mise en ligne du questionnaire. En effet, le questionnaire a été lu une nouvelle fois par deux personnes novices dans le domaine et a été testé en ligne, sur LimeSurvey, par nos deux directrices de mémoire afin d'éviter toute erreur.

3.4 Mode de diffusion

Avant de pouvoir diffuser le questionnaire de satisfaction ainsi que les vidéos, il a fallu recruter des professionnels pour cette étude. Pour ce faire, nous avons créé une affiche annonçant notre sujet et les modalités de participation au projet (Annexe IX). Cette affiche a été diffusée sur les réseaux sociaux notamment sur les groupes Facebook « Mémoires en Orthophonie », « Autisme, TED et orthophonie », « Orthophoniste et TSA ». Une soixantaine de personnes étaient intéressés pour participer. Le questionnaire ainsi que les vidéos ont été transmis aux professionnels souhaitant participer via un lien dans un mail. Une notice d'information était également jointe dans le mail afin d'expliquer plus précisément les objectifs de ce questionnaire ainsi que la micro-organisation et la macro-organisation du support vidéographique (Annexe X). Nous avons également proposé aux professionnels de deux SESSAD (Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) de participer à l'étude.
La période de recueil des données s'est faite à partir du 5 janvier 2022. Elle devait se terminer initialement le 15 février 2022. Or à cette date, le nombre de données collectées n'était pas suffisant. Un bon nombre de réponses s'affichait sur le logiciel du questionnaire comme étant incomplètes. Nous avons donc décidé de prolonger d'un mois, jusqu'au 15 mars. Ainsi, deux messages de relance ont pu être envoyés à l'ensemble des participants afin d'accroître le nombre de réponses.

RESULTATS

Le questionnaire de satisfaction nous a permis de recueillir l'avis des professionnels concernant notre outil vidéographique qui vise à développer les habiletés sociales chez les individus avec un TSA. Ces résultats nous permettrons de savoir si notre support est intéressant, du point de vue des professionnels, pour développer les habiletés sociales auprès du public avec autisme et nous permettra également de savoir si le support créé pourrait être présenté tel quel à des adolescents avec autisme.

Afin d'analyser les résultats, nous avons procédé à des calculs de fréquence exprimés en pourcentage (%). Les calculs ainsi que les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

I. Profil des participants

1. La profession

Comme précisé précédemment, nous avons recueilli les réponses de vingt-six participants. Vingt-cinq réponses complètes provenant d'orthophonistes vont pouvoir être analysées. En effet, nous avons fait le choix de retirer l'unique réponse provenant d'un(e) psychomotricien(ne) pour plus de fiabilité dans l'analyse des résultats.

2. Le mode d'exercice des participants

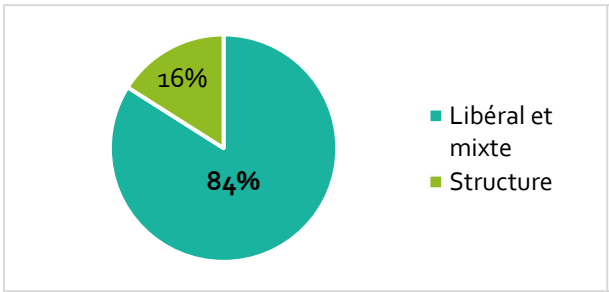

Figure 3 : Répartition des orthophonistes participants selon leur mode d'exercice

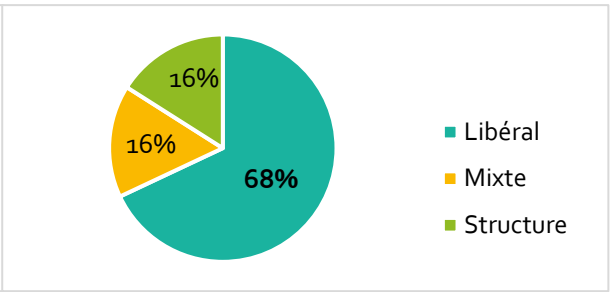

Figure 4 : Répartition des orthophonistes participants selon leur mode d'exercice

Nous avons demandé aux professionnels leur mode d'exercice. Leurs réponses sont illustrées par les deux figures ci-dessus. 84% des orthophonistes interrogés exercent en libéral et 16% d'entre eux exercent en mixte (activité à la fois en structure et en libérale). Les quatre orthophonistes salariés travaillaient individuellement dans des structures telles que IME (Institut Médico-Educatif), IMP (Institut Médico-Pédagogique), SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile) et hôpital de jour.

3. Expérience dans le domaine des TSA et des habiletés sociales des participants

Tous les professionnels ayant répondu au questionnaire travaillent ou ont travaillé avec des individus (enfants ou adolescents) porteurs d'autisme. Les réponses au questionnaire indiquent que 100% des professionnels ont également travaillé avec un individu avec autisme dans le cadre d'un accompagnement visant à développer les habiletés sociales.

Concernant les années d'expériences dans le domaine des habiletés sociales des orthophonistes interrogés, les résultats figurent ci-dessous.

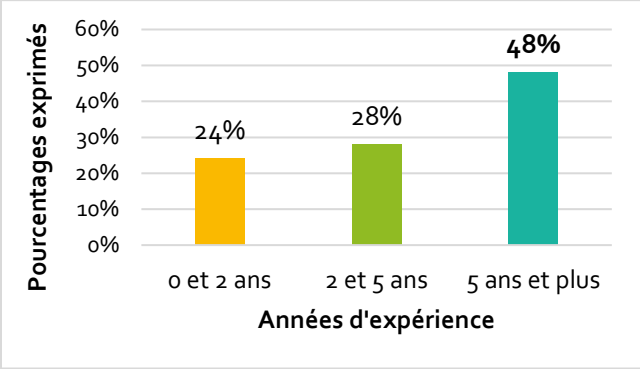

Figure 5 : Répartition des professionnels interrogés selon leurs années d'expérience dans les habiletés sociales

Parmi les orthophonistes interrogés, 48% d'entre eux ont plus de cinq ans d'expérience dans le domaine des TSA.

4. Taux de formation en habiletés sociales des participants

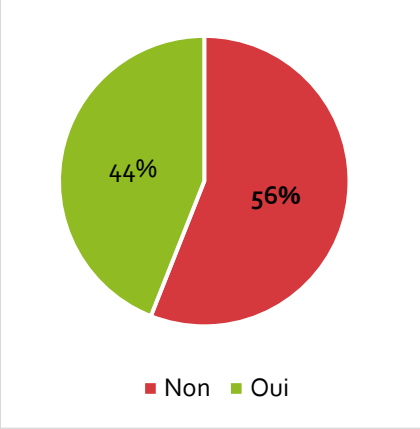

Figure 6 : Taux de formation en habiletés sociales des participants

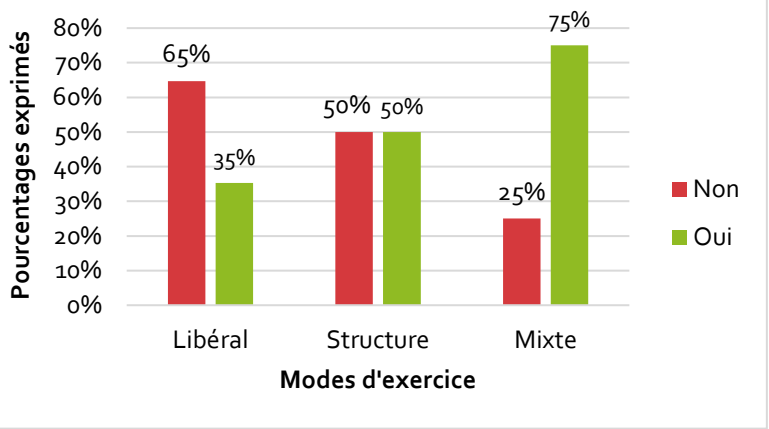

Figure 7 : Taux de formation en habiletés sociales des participants selon leur mode d'exercice

Nous pouvons faire le constat que 56% des professionnels interrogés ne sont pas formés aux habiletés sociales. La majorité d'entre eux sont des orthophonistes exerçant en libéral. Parmi les formations suivies dans le domaine des habiletés sociales, un seul organisme ressort à trois reprises. Il s'agit d'EDI formation.

II. Pertinence de l'outil vidéographique (hypothèse 1)

1. Réalisme des vidéos

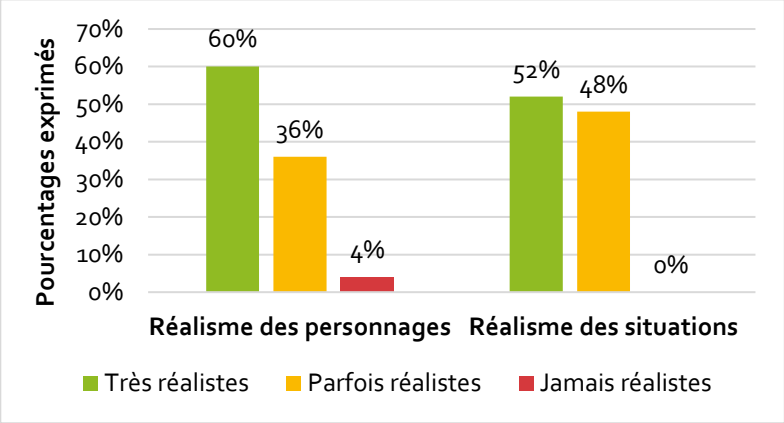

Figure 8 : Pourcentages des réponses exprimées concernant le réalisme des personnages et des situations sociales exposées

Dans notre questionnaire, nous avons posé la question concernant le réalisme des personnages. Les participants ont jugé dans l'ensemble que les personnages Antoine et Paul ainsi que les situations sociales exposées sont réalistes. 4% des participants, soit 1 personne, a jugé les personnages irréalistes. Concernant le réalisme des situations, quasiment la moitié des répondants juge les situations sociales parfois réalistes.

2. La notion de pragmatique

Les participants ont dû évaluer si le support vidéographique permettait un travail des compétences pragmatiques suffisant. Une grande majorité l'ont reconnu. Aucun des répondants n'a jugé les compétences pragmatiques comme insuffisamment travaillées.

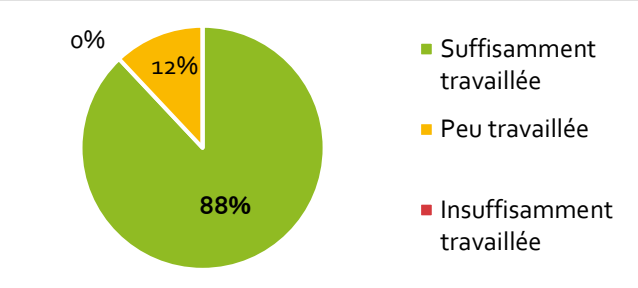

Figure 9 : Répartition de la satisfaction des professionnels concernant la notion de pragmatique dans les vidéos

3. Le vocabulaire des dialogues

La grande majorité des professionnels interrogés ont jugé que le niveau de langage utilisé dans les vidéos est accessible pour des adolescents porteurs

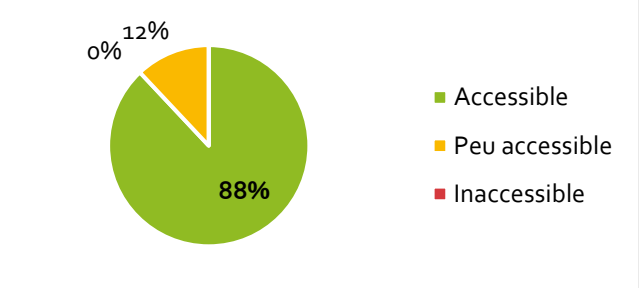

Figure 10 : Répartition de la satisfaction des participants concernant l'accessibilité des dialogues pour des adolescents avec un TSA

d'autisme. Aucun ne l'a évalué comme inadapté à ce public. Enfin, seulement 3 personnes estiment que le vocabulaire employé correspond peu au public adolescent avec un TSA.

4. Neutralité des lieux

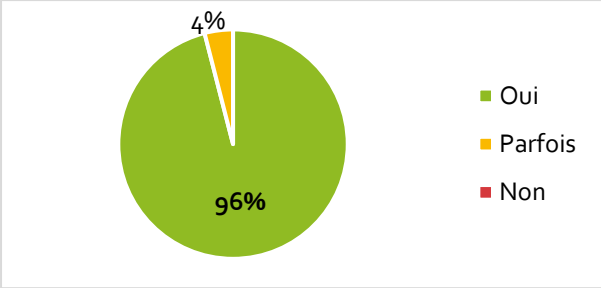

Figure 11 : Répartition des répondants concernant la neutralité des lieux dans les vidéos

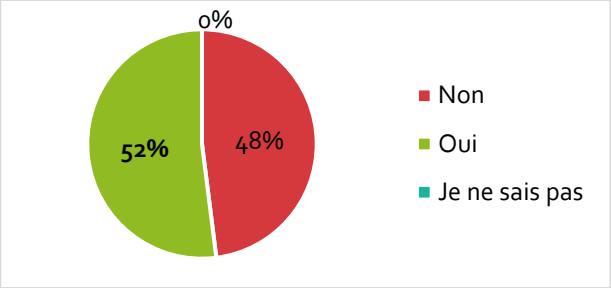

Figure 12 : Répartition des répondants concernant les lieux contextuels pour développer les habiletés sociales

Nous avions posé la question concernant la neutralité des lieux dans nos vidéos afin de savoir si de quelconques perturbations visuelles apparaissant à l'image pouvaient entraver la bonne compréhension des situations sociales présentées. La figure 11 en illustre les réponses. 96% des participants pensent que les lieux sont tout à fait neutres. Une personne seulement (4%) pense que cela n'est pas le cas dans certaines vidéos. Nous avions également demandé aux professionnels si des lieux plus contextuels pouvaient être plus pertinents pour développer les habiletés sociales. Une majorité des répondants, soit 52%, pense que oui (cf. figure 12).

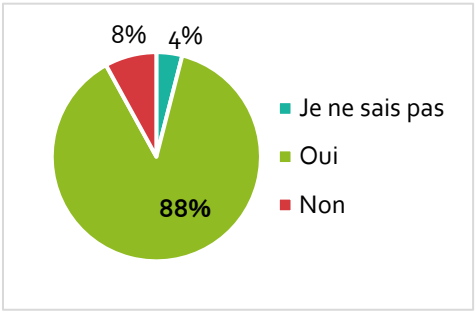

Figure 13 : Répartition des réponses obtenues concernant la pertinence de l'outil vidéo

5. Pertinence de l'outil vidéographique

Enfin, nous avons demandé aux participants si notre outil vidéographique leur semblait pertinent. 88% d'entre eux, (soit 22 personnes) pensent que oui (cf. figure 13). Deux personnes pensent que non et enfin, une personne ne s'est pas prononcée sur la question.

III. <u>Praticité et facilité d'utilisation de l'outil (hypothèse 2)</u>

La quasi-totalité des répondants a trouvé notre support vidéographique pratique et ergonomique. Une personne interrogée n'a pas été tout à fait satisfaite de son ergonomie (cf. figure 14).

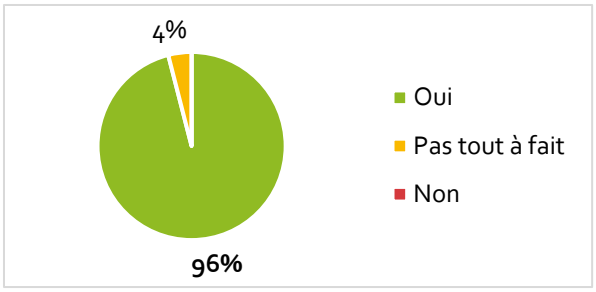

Figure 14 : Répartitions des réponses collectées concernant l'ergonomie du support vidéo

IV. Qualité et esthétisme du support vidéographique (hypothèse 3)

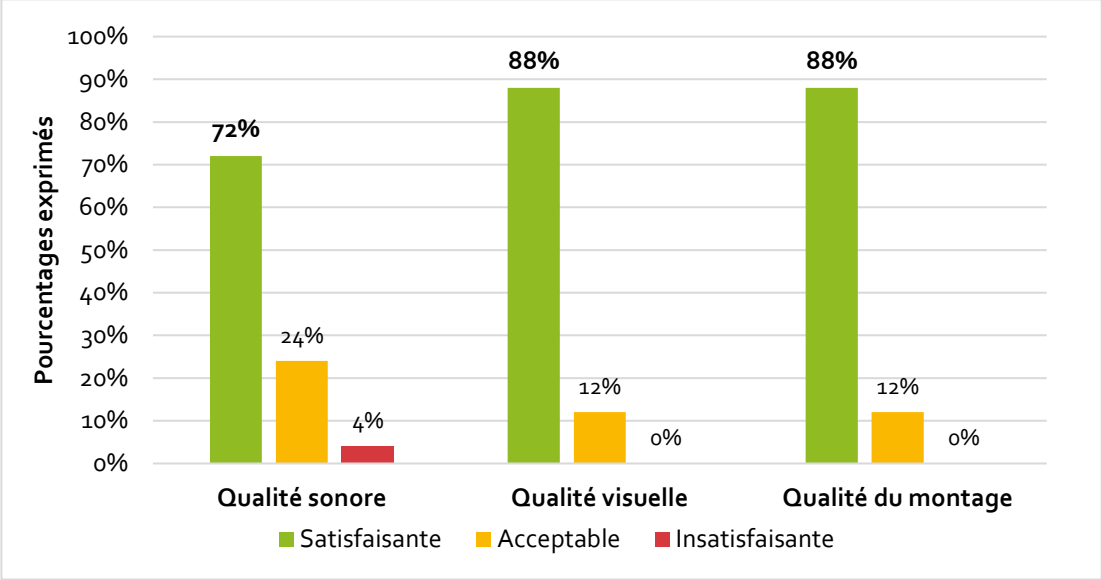

Figure 15 : Pourcentages des réponses exprimées concernant la qualité visuelle, la qualité sonore et la qualité du montage des vidéos

Bon nombre de participants ont trouvé notre support vidéographique esthétique et de bonne qualité. La figure 15 illustre leurs réponses. Concernant la qualité sonore, 72% des répondants, (soit 18 personnes) ont trouvé la qualité sonore satisfaisante. Six personnes (soit 24%) l'ont trouvée acceptable et une personne (soit 4%) insatisfaisante. Quant à la qualité visuelle des vidéos, 22 personnes (soit 88%) l'ont trouvée satisfaisante et 3 personnes l'ont jugée acceptable. Aucune réponse « insatisfaisante » n'a été relevée concernant la qualité visuelle et la qualité du montage vidéo.

V. Attrait des professionnels pour le support (hypothèse 4)

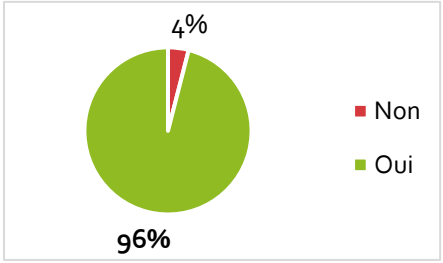

Figure 16 : Répartition des réponses collectées évaluant l'attrait des professionnels pour le support vidéo

Vingt-quatre professionnels, soit 96%, seraient prêts à utiliser le support vidéographique avec leurs patients. Une personne, soit 4% de l'échantillon, n'est pas intéressée par ce support.

VI. Pertinence des compétences proposées dans l'outils (hypothèses 5)

1. Lien des sous compétences avec la compétence générale : Commencer une relation amicale

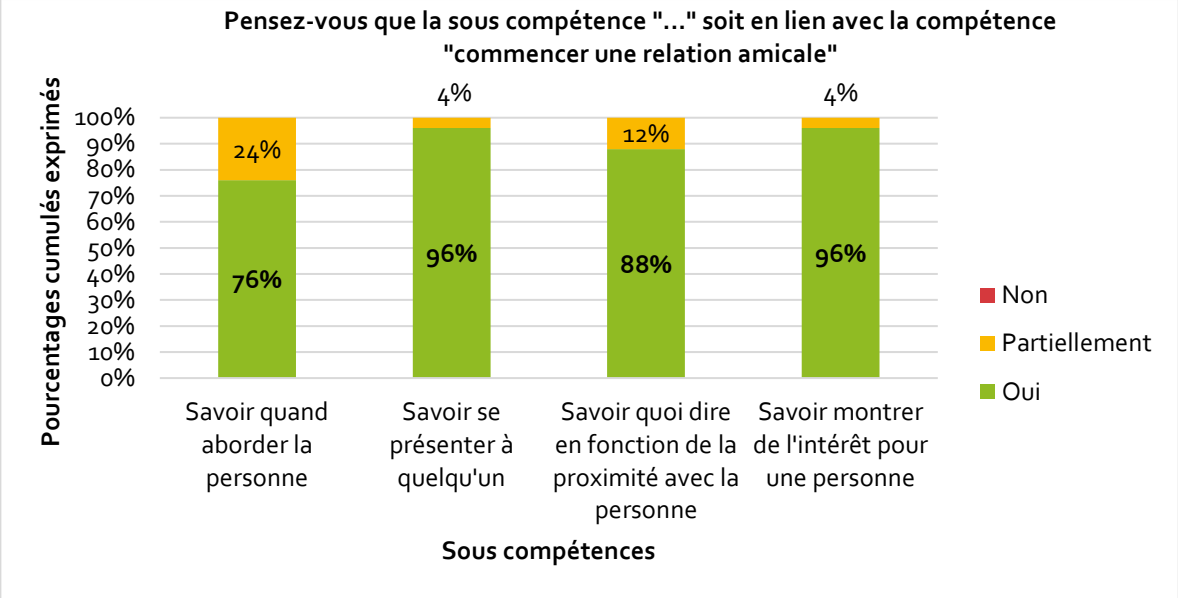

Figure 17 : Pourcentages cumulés des réponses exprimées concernant le lien entre la sous compétence avec la compétence générale traitée

La plupart des professionnels pensent que les quatre sous compétences abordées sont en lien avec la compétence générale « commencer une relation amicale ». Aucun participant juge ces sous compétences comme « déconnectée » de la compétence générale. Toutefois, la sous compétence la moins en lien avec la compétence générale est « Savoir quand aborder la personne » d'après les participants de l'étude. En effet, 24% des professionnels, soit 6 personnes, ont jugé que cette sous compétence était partiellement en lien avec la compétence générale (cf. figure 17).

2. Problématiques cohérentes et en lien avec les sous compétences abordées

La majorité des professionnels ont jugé les problématiques abordées dans les vidéos en lien avec les quatre sous compétences. Aucun des participants pense que les problématiques exposées dans les vidéos ne sont pas en adéquation avec les quatre sous compétences. Les

répondants qui ont jugé les problématiques partiellement en lien avec les sous compétences, représentent 12% (3 personnes) de l'échantillon pour les sous compétences « Savoir quand aborder la personne » et « Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne » et 4% (1 personne) de l'échantillon pour les sous compétences « Savoir se présenter à quelqu'un » et « Savoir montrer de l'intérêt pour une personne (cf. figure 18).

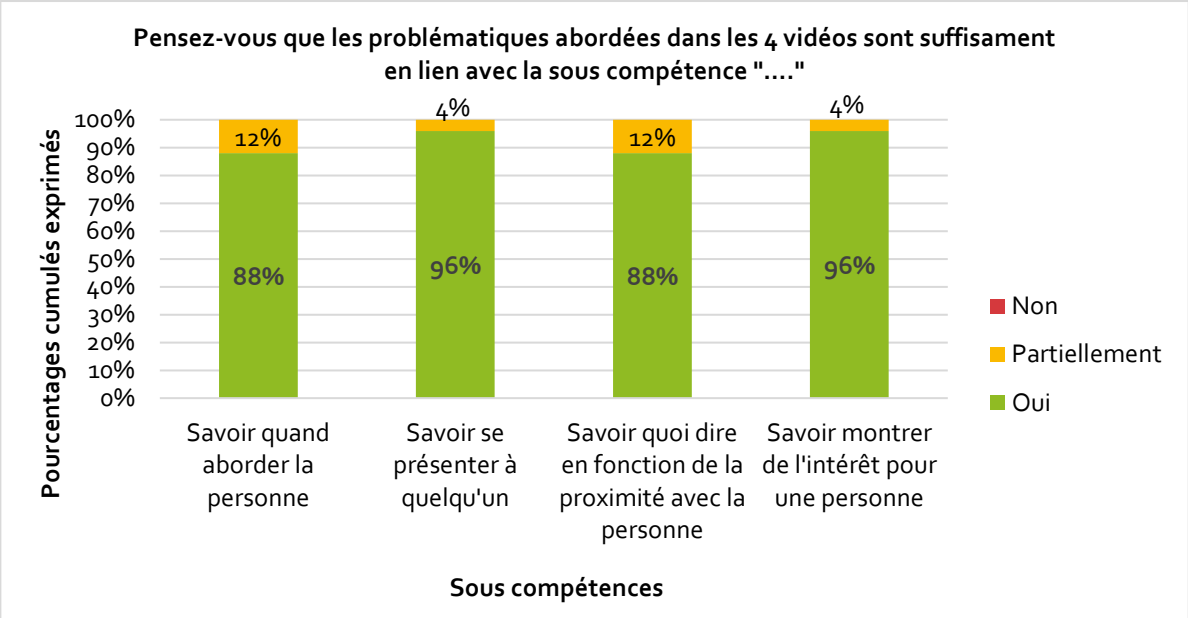

Figure 18 : Pourcentages cumulés des réponses exprimées concernant le lien entre les problématiques abordées dans les 4 vidéos avec la sous compétence traitée

VII. Adaptation des situations problématiques aux capacités des adolescents avec autisme (hypothèse 6)

1. Identification des situations problèmes

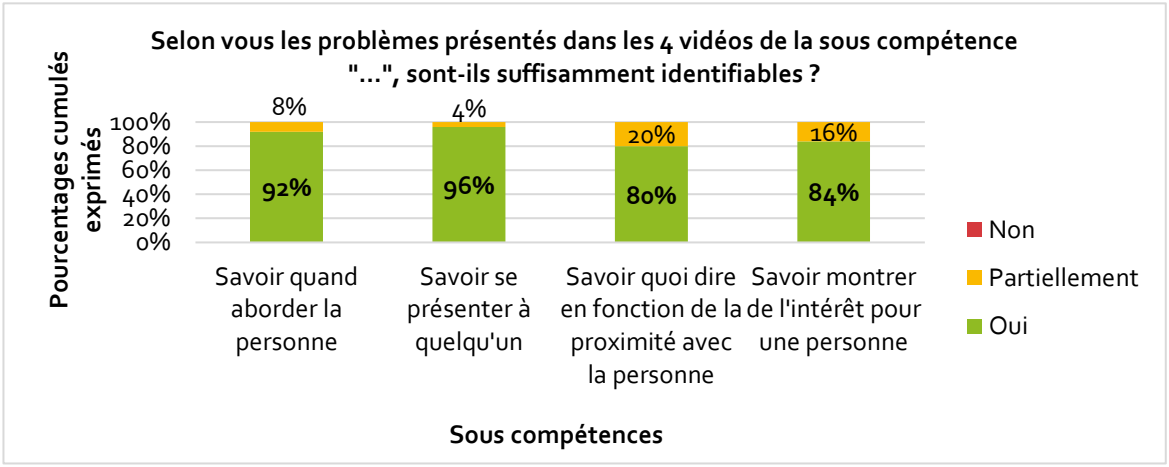

Figure 19 : Pourcentages cumulés des réponses exprimées concernant l'identification des problèmes présentés dans les 4 vidéos de la sous compétence traitée

Une proportion notable des réponses affirme que les problématiques exposées dans les vidéos sont suffisamment identifiables. Les participants ayant répondu « partiellement » à cette question, représentent 20% (5 personnes) pour « Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne », 16% (4 personnes) pour « Savoir montrer de l'intérêt pour une personne », 8% (2 personnes) pour « Savoir quand aborder la personne » et 4% (1 personne) pour « Savoir se présenter à quelqu'un » (cf. figure 19).

2. Concision et compréhension des QCM

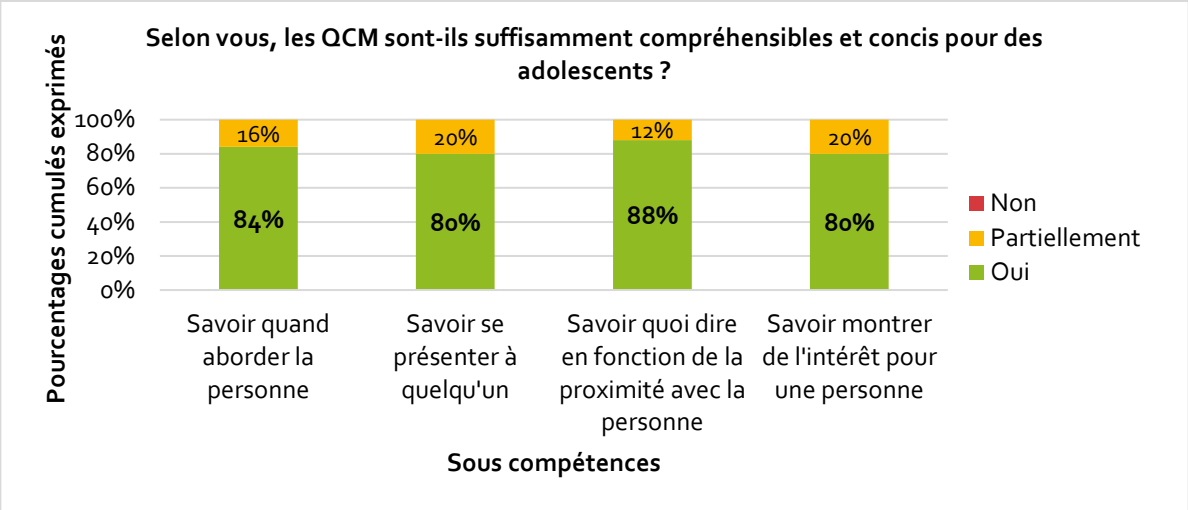

Figure 20 : Pourcentages cumulés des réponses exprimées concernant la concision et la compréhension des QCM par les adolescents avec un TSA

La plupart des répondants évalue les QCM comme suffisamment concis et compréhensibles pour des adolescents. Toutefois, 20% des professionnels (5 personnes), jugent les QCM comme partiellement concis et compréhensibles par des adolescents pour les sous compétences « Savoir se présenter à quelqu'un » et « Savoir montrer de l'intérêt pour une personne », 16% (4 personnes) pour « Savoir quand aborder une personne » et 12% (3 personnes) pour « Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne » (cf. figure 20).

3. Résolution des situations problématiques adaptées et logiques ?

La majorité des répondants a jugé les solutions proposées dans les QCM comme suffisamment logiques et adaptées. Cependant, pour les deux dernières sous compétences, 28% des professionnels (7 personnes) ont trouvé les solutions apportées comme partiellement logiques et adaptées, 24% (6 personnes) pour « Savoir quand aborder la personne » et 20% (5 personnes) pour « Savoir se présenter à quelqu'un » (cf. figure 21).

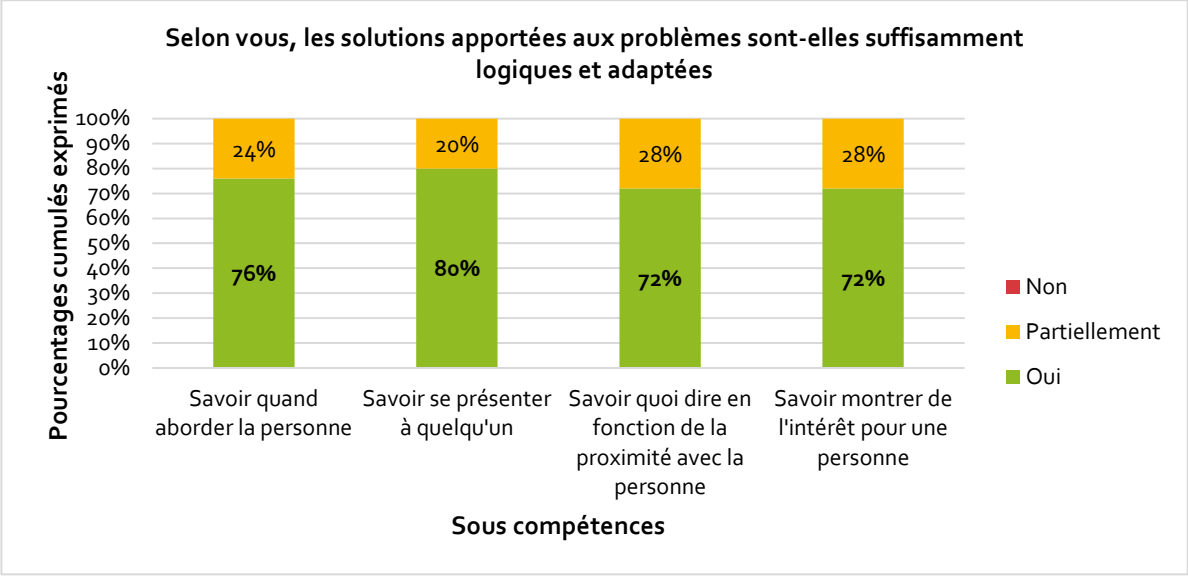

Figure 21 : Pourcentages cumulés des réponses exprimées concernant l'adéquation des solutions apportées aux problèmes présentés dans les vidéos de la sous compétence

VIII. Avis concernant le protocole de visionnage (hypothèses 7)

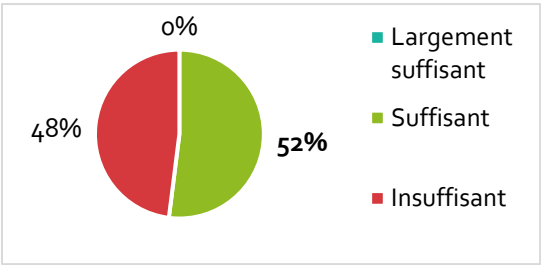

Figure 22 : Répartition en pourcentages des réponses obtenues concernant la satisfaction du nombre de vidéos par sous compétence

Nous avons demandé aux participants si le nombre de vidéos, soit quatre vidéos, est suffisant pour permettre une progression de l'apprenant dans la sous compétence travaillée. La majorité d'entre eux (52%), soit 13 personnes, ont jugé ce nombre suffisant. 48% (12 personnes) ont jugé ce chiffre insuffisant pour permettre une progression (cf. figure 22).

Dans un premier temps, nous avons demandé aux participants si la vidéo n°1 des quatre sous compétences pouvait être révélatrice des compétences initiales de l'apprenant (question C2). 48% n'avait pas d'avis sur la question. 28% des répondants, soit 7 personnes, pensent que la vidéo n°1 ne peut être utilisée pour évaluer les compétences initiales de l'apprenant dans la sous compétence de l'habileté sociale. 24%, soit 6 personnes, pensent que si (cf. figure23).

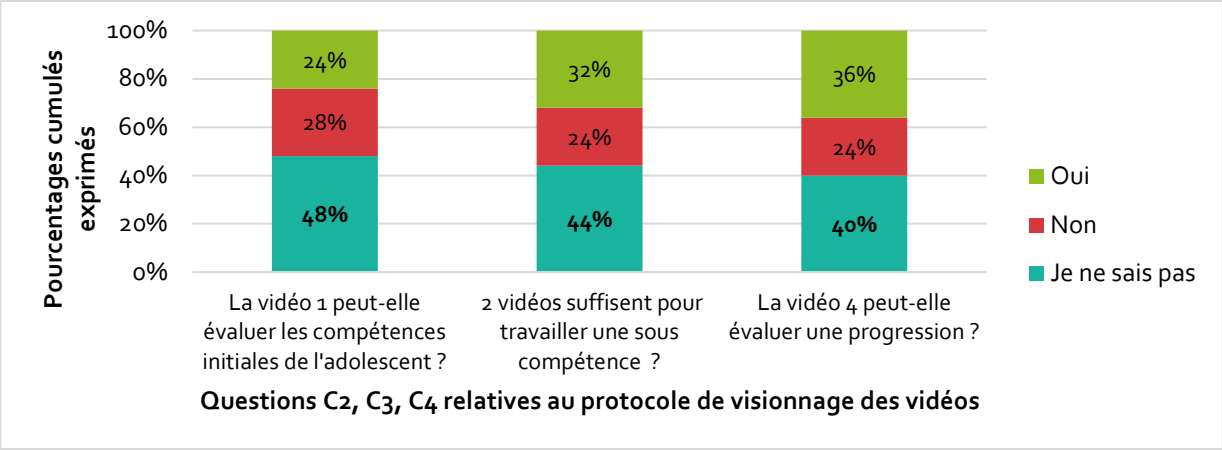

Figure 23 : Pourcentages cumulés exprimés concernant les réponses des questions C2, C3 C4 du questionnaire de satisfaction

Dans un deuxième temps, nous avons interrogé les participants concernant le nombre de vidéos de type « apprentissage » nécessaire pour travailler la compétence cible (question C3). Encore une fois, 44% des participants n'ont pas eu d'avis sur la question. 32% des participants, soit 8 personnes, trouvent que deux vidéos « apprentissage » suffisent pour travailler la sous compétence. 24% jugent ce chiffre insuffisant (cf. figure 23).

Dans un troisième temps, nous avons demandé aux participants si la vidéo n°4 pouvait évaluer la progression de l'apprenant dans la sous compétence travaillée (question C4). 40% des participants, soit 10 personnes, ont reconnu ne pas avoir d'avis sur la question. 36% des répondants, soit 9 personnes, pensent qu'une progression peut être évaluée par l'intermédiaire de la vidéo n°4 (cf. figure 23).

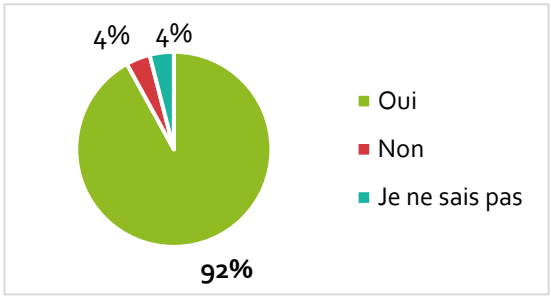

Figure 24 : Répartition des réponses obtenues concernant l'insertion du protocole de visionnage dans un programme de développement des habiletés sociales

Enfin, nous avons demandé aux participants si ce protocole de visionnage pouvait s'inscrire dans un programme de développement des habiletés sociales. 92% des répondants, soit 23 personnes, ont jugé que ce protocole pouvait faire partie de ce type de programme. 4%, soit 1 personne, a reconnu ne pas avoir d'avis sur la question et 4% ont jugé que ce protocole de visionnage ne pouvait correspondre à un programme de développement des habiletés sociales.

DISCUSSION

I. Contexte de l'étude

Avec l'arrivée des nouvelles technologies, de nouvelles méthodes de prises en soins dans le domaine des TSA et des habiletés sociales, voient le jour. Plusieurs chercheurs reconnaissent les qualités du support vidéographique auprès du public atteint de TSA. En effet, les vidéos ont l'avantage de mettre en évidence des comportements spécifiques (Murray et al., 2016). De plus, le support vidéographique a pour avantage de permettre au spectateur d'analyser à son rythme les situations présentées (Baghdadli, 2011), sans stress provenant d'autrui ou de son environnement et sans effort incommensurable (Attwood & Schovanec, 2018). Cependant, il existe peu de ressources disponibles pour travailler les habiletés sociales sous cette modalité et encore moins pour le public adolescent. Ce constat nous a donc encouragé à créer un outil vidéographique adapté aux adolescents porteurs d'autisme dans le but de développer leurs habiletés sociales notamment celle concernant le développement et le maintien des amitiés. Un mémoire avait déjà été réalisé en 2021 par Claire Grancier qui portait également sur la création d'un matériel vidéographique présentant des scénarii sociaux. Ces vidéos visaient à développer les habiletés conversationnelles d'enfants et d'adolescents porteurs d'autisme et ont pu être visionnées par ces derniers. Les résultats de son travail étaient très encourageants et ont montré un avis favorable concernant la pertinence de ce support ainsi que son ergonomie. De plus, selon ce travail, les QCM apportent une meilleure compréhension et résolution des conflits sociaux présentés. Notre travail fait suite à celui de Claire Grancier en ce sens que nous avons conservé le format des vidéos en abordant une autre habileté sociale. Nous nous sommes consacrés uniquement aux adolescents afin de proposer un protocole de visionnage plus dense.

1. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de créer un matériel vidéographique permettant le développement des habiletés sociales en lien avec l'amitié. Ce matériel se devait d'être adapté au public adolescent et à ses problématiques quotidiennes. Nous avions initialement pour projet de montrer ces vidéos à des patients afin de juger de leur efficacité. Toutefois, les contraintes administratives explicitées plus tôt dans ce mémoire, nous ont fortement incité à réorienter notre sujet de sorte à ne pas inclure dans notre étude la participation de patients. De ce fait, une enquête de satisfaction concernant le support vidéographique créé a été proposée à des professionnels intervenants auprès de ce public TSA afin d'évaluer la pertinence des

scénarii, la qualité esthétique des vidéos, la praticité de l'outil, l'attractivité des professionnels pour le support, la pertinence des compétences abordées, ainsi que la pertinence du protocole de visionnage élaboré.

2. Les principaux résultats de l'étude

Dans l'ensemble, notre support a été très apprécié des professionnels ayant répondu au questionnaire de satisfaction. Globalement, les orthophonistes interrogés ont trouvé le support vidéographique pertinent, de qualité, pratique et facile d'utilisation. Ils ont également jugé les compétences abordées comme adéquates. Toutefois, le protocole de visionnage n'a pas suffisamment convaincu les répondants. Néanmoins, plusieurs professionnels nous ont fait savoir dans les commentaires du questionnaire, qu'ils auraient souhaité que cet outil soit publié afin de l'utiliser auprès de leurs patients. Ce support est donc à leurs yeux, suffisamment abouti pour être présenté à des patients adolescents porteurs d'un TSA dans le cadre d'un travail des habiletés sociales.

La partie suivante permettra de nuancer nos résultats pour chacune des hypothèses établies en amont. Ces précisions apporteront des perspectives d'amélioration de l'outil vidéographique afin de le rendre plus adapté aux besoins des patients et des cliniciens.

II. Bilan sur nos hypothèses

1. Hypothèse n°1

Nous présumions que les intervenants en habiletés sociales de l'étude trouveraient l'outil vidéographique pertinent pour développer les habiletés sociales chez les adolescents présentant un TSA.

Cinq critères ont été choisis afin d'évaluer la validité de l'hypothèse : le réalisme des vidéos (réalisme des personnages, réalisme des situations), la notion de pragmatique au sein des vidéos, le vocabulaire des dialogues, la neutralité des lieux et enfin la pertinence de l'outil vidéographique.

Au regard des résultats obtenus pour chacun de ces critères, nous pouvons valider cette hypothèse. En effet, la majorité des professionnels interrogés a reconnu le réalisme des personnages (60%) et des situations sociales abordées (52%). Nous avons cependant recueilli auprès de ces intervenants un certain nombre de points d'amélioration qui peuvent justifier la part de professionnels partiellement convaincus par le réalisme des vidéos. Certains

professionnels nous ont fait savoir que le registre de langue utilisé dans les vidéos ainsi que le rythme des interactions étaient dans certaines assez éloignés du quotidien d'un adolescent. D'autres ont relevé le jeu des acteurs en précisant qu'il manquait parfois de naturel. Le manque d'expérience des acteurs amateurs peut expliquer ces commentaires. De plus, d'aucuns notent que la manière dont les personnages entrent en contact en début de vidéo n'est pas proche de la réalité. Par rapport au réalisme des situations sociales présentées, certains scénarii ne sont pas toujours adéquats et manquent de crédibilité. Mais dans l'ensemble, les commentaires écrits qui nous sont parvenus reconnaissent les situations exposées comme intéressantes et ciblant bien un certain nombre de compétences sociales.

Les professionnels ont également évalué le support comme riche d'enseignements pragmatiques (88%). Dans la mesure où les individus porteurs d'autisme ont un déficit de la pragmatique (Frith, 1989) qui se répercute sur leurs habiletés sociales, il était important d'introduire cette notion dans le support vidéographique. Toutefois, certains professionnels ont trouvé que la pragmatique n'était abordée qu'en surface dans ce support du fait d'un manque de focalisation de la caméra sur l'expressivité faciale, les mimiques ou même le ton qui sont des éléments importants à analyser au sein d'une situation d'interaction. D'autres souhaiteraient ajouter une option consistant à recueillir dans un premier temps les réponses spontanées du patient avant de proposer les choix de réponses.

Le vocabulaire utilisé dans les dialogues est accessible pour des adolescents porteurs de TSA selon les professionnels interrogés (88%). Toutefois, il est nécessaire de préciser que ces dialogues ont été conçus pour des adolescents sans déficience intellectuelle. Nous pouvons également nous demander si ce support est également adapté pour des adolescents ayant des antécédents de troubles du langage. Certains intervenants ont précisé que les dialogues étaient tout à fait accessibles mais qu'ils manquaient de réalisme.

Globalement les répondants ont évalué les lieux de tournage comme suffisamment neutres (96%). Nous souhaitions que l'apprenant puisse se concentrer uniquement sur la situation d'interaction et non pas sur le décor. En effet, nous savons que les capacités de réception et de traitement de l'information sensorielle du sujet avec autisme sont perturbées notamment les canaux visuels et auditifs (Garié, 2021). Cependant, le logo rouge apparaissant sur la façade d'une salle de sport dans certaines vidéos peut être source de distraction pour les adolescents porteurs de TSA ainsi que les bruits d'oiseaux ou de clochers au loin. La plupart des

professionnels (52%) auraient souhaité des lieux de tournages plus contextuels afin de travailler l'adaptation du comportement en fonction de l'environnement, ou le recueil d'informations indiquant le contexte. Des lieux plus contextuels auraient eu en effet l'avantage de rendre les scénarii plus réalistes et de réaliser un travail plus écologique. La question de la généralisation des compétences de l'apprenant a été soulevée dans les réponses à de multiples reprises. Certains professionnels pensent que des lieux neutres peuvent favoriser la généralisation des compétences dans différents contextes de la vie quotidienne. Tandis que d'autres pensent que des lieux plus contextuels aideraient les personnes atteintes de TSA à s'identifier aux situations présentées et donc à généraliser dans leur quotidien.

Enfin, 88% des professionnels de notre échantillon ont jugé le support pertinent. Plusieurs professionnels relèvent le caractère « vivant » de l'outil, la vidéo étant un excellent support pour motiver les jeunes. Toutefois, certains lui préfèrent le vidéo modeling qui a l'avantage de montrer d'emblée le bon modèle. D'autres pensent que cet outil est pertinent mais pas suffisant à leurs yeux pour permettre une généralisation des compétences au quotidien. Des professionnels évoquent la nécessité de pouvoir rejouer les situations pour qu'elles s'ancrent mieux chez l'individu avec TSA.

2. Hypothèse n°2

Nous présumions que les intervenants en habiletés sociales de l'étude reconnaîtraient l'outil vidéographique comme pratique et facile d'utilisation.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons valider cette hypothèse.

96% des participants trouvent l'outil pratique et facile à utiliser. Certains professionnels lui confèrent un caractère adaptable à différentes pratiques pédagogiques. En effet, selon les participants, le support vidéographique peut aussi bien correspondre à une pratique individuelle qu'à une pratique au sein d'un groupe d'habiletés sociales.
Les professionnels ont également suggéré dans les commentaires, différentes possibilités d'utilisation du support ainsi que des activités complémentaires. Ainsi, il nous a été suggéré que les pauses proposées dans la vidéo permettent le dialogue entre le professionnel et l'apprenant. Le modelage exposé à la fin de la vidéo peut aussi être discuté avec le sujet voire rejouer par les sujets apprenants au sein d'un groupe d'habiletés sociales. Ce support laisse également la possibilité au sujet d'inventer d'autres dialogues ou d'autres situations de résolution du problème social.

De plus, l'un des intérêts premiers de la vidéo était la possibilité d'arrêt ou le retour sur image et sur le son. Avec un logiciel approprié, il est aisé de ralentir la diffusion des images ou de la parole laissant ainsi la possibilité au sujet avec autisme d'analyser à son rythme les situations présentées (Baghdadli, 2011). En effet, le ralentissement favoriserait la reconnaissance ainsi que l'imitation des mimiques faciales et des intonations vocales (Gepner & Féron, 2009)

3. Hypothèse n°3

Nous présumions que les intervenants en habiletés sociales trouveraient les vidéos esthétiques et attrayantes pour les jeunes adolescents porteurs d'un TSA.

Trois critères ont été choisis afin d'évaluer la validité de l'hypothèse : la qualité sonore des vidéos, la qualité visuelle ainsi que la qualité du montage.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons valider cette hypothèse.

Concernant la qualité sonore des vidéos, 72% des participants la trouve satisfaisante. Les professionnels n'ayant pas été tout à fait satisfaits (24%), nous ont communiqué plusieurs points d'amélioration. Ils ont notamment relevé que la musique du générique en début de vidéo était bien trop forte. En effet, il ne faut pas oublier que les individus avec un TSA peuvent présenter une hypersensibilité auditive (Garié, 2021). Un volume excessivement fort peut donc les perturber et entraver leur apprentissage. De plus, les participants ont également relevé le débit parfois rapide que pouvaient avoir les acteurs. Dans certaines vidéos cela entrave la compréhension du dialogue.

Au sujet de la qualité visuelle des vidéos, 88% des professionnels ont été satisfaits. Les répondants ayant été le moins satisfaits (12%), nous on fait part de la présence d'images floues en début de vidéo. Nous avons cependant veillé, lors de l'élaboration du matériel, à ce que l'image soit nette afin de maximiser le confort de l'apprenant. Il y a donc une seule explication possible. Les vidéos ont été déposées sur une plateforme en ligne. Il était donc nécessaire pour les participants d'avoir recours à une bonne connexion internet pour pouvoir les visionner. Les images floues présentes en début de vidéos peuvent être liées à une mauvaise connexion internet ralentissant ainsi le téléchargement instantané de la vidéo.

Enfin, la qualité du montage a satisfait 88% des participants de l'étude. Les professionnels n'ayant pas été complètement satisfaits (12%) relèvent les formulations trop simplifiées des QCM ainsi que leur apparition trop rapide.

4. Hypothèse n°4

Nous présumions que les intervenants en habiletés sociales seraient prêts à utiliser l'outil vidéographique pour développer les habiletés sociales chez les jeunes adolescents avec un TSA.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons valider cette hypothèse.

96% des participants se disent prêts à utiliser un tel support vidéographique avec leurs patients atteints de TSA. Le retour des participants nous indique que ce support pourrait être utilisé en complément à d'autres méthodes d'intervention et correspondrait parfaitement aux patients avec des compétences cognitives importantes (anciennement syndrome d'Asperger). Toutefois, il serait utile de changer la personne en difficulté dans l'interaction sociale. En effet, le personnage vert (Antoine) est systématiquement en difficulté lors de l'interaction, ce qui peut influencer les réponses des apprenants.

5. Hypothèse n°5

Nous présumions que les intervenants en habiletés sociales considéreraient les compétences abordées dans les vidéos comme pertinentes.

Deux critères ont été choisis afin d'évaluer la validité de l'hypothèse : le lien des sous compétences avec la compétence générale et le lien entre les problématiques abordées dans les vidéos et les sous compétences en question.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons valider cette hypothèse.

Dans l'ensemble, les quatre sous compétences abordées dans les vidéos correspondent à la compétence générale : Commencer une relation amicale, selon les participants (cf. figure 17). Néanmoins, pour la sous compétence « Savoir quand aborder la personne », 24% des professionnels ne sont que partiellement convaincus de son lien avec la compétence générale. Les commentaires des participants nous font part que cette sous compétence est valable pour commencer une relation quelle qu'elle soit et pas seulement une relation amicale. Par exemple, nous pouvons aborder une personne simplement pour lui demander l'heure ou une information sans pour autant que l'interaction mène à de l'amitié.

De plus, la majorité des professionnels ont jugé les problématiques exposées dans les vidéos en lien avec les quatre sous compétences (cf. figure 18).

6. Hypothèse n°6

Nous supposions que les intervenants en habiletés sociales qualifieraient les situations sociales problématiques présentées comme adaptées à des adolescents porteurs d'autisme.

Trois critères ont été choisis afin d'évaluer la validité de l'hypothèse : l'identification des situations problèmes, la concision et la compréhension des QCM par des adolescents et la logique des solutions proposées aux problèmes exposés dans les vidéos.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons valider cette hypothèse.

La plupart des répondants affirment que les problématiques exposées sont suffisamment identifiables (cf. figure 19). Pour la sous compétence « Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne », les professionnels ayant été le moins satisfaits affirment qu'ils seraient difficiles pour un adolescent d'évaluer la proximité des deux personnages uniquement avec les informations données par l'intermédiaire du contexte de l'interaction. Les problématiques des vidéos : Rendre les affaires (3.3) et le secret (3.4), ne sont donc pas tout à fait claires et identifiables pour les adolescents avec TSA.

Nous avions également demandé aux participants si les QCM étaient suffisamment concis et compréhensibles pour des adolescents. Dans l'ensemble, les intervenants en habiletés sociales ont trouvé les QCM suffisamment concis et compréhensibles (cf. figure 20). Cependant, certains professionnels pensent qu'un adulte serait indispensable pour guider le jeune surtout en cas de trouble du langage. D'autres pensent que parfois les QCM sont trop simplifiés et donc peu adaptés pour des adolescents avec des compétences cognitives importantes (anc. Syndrome d'Asperger).

Enfin, la plupart des participants ont trouvé les solutions apportées aux problèmes suffisamment logiques et adaptées (cf. figure 21). Néanmoins, une part non négligeable des professionnels, n'ont été que partiellement satisfaits des solutions de résolution proposées aux problèmes. En effet, nous avions pris le parti de proposer les solutions sous forme verbale et par l'intermédiaire de dialogues ce qui apparaît parfois comme maladroit. Certains professionnels, nous indiquent que des solutions sous forme non verbale comme un simple geste peut paraître dans certains cas plus naturels. Il aurait fallu cependant, l'intervention d'une aide extérieure pour expliquer ce langage non verbal à l'apprenant.

7. Hypothèse n°7

Nous supposions que les intervenants en habiletés sociales reconnaîtraient le protocole de visionnage comme pertinent pour développer les habiletés sociales.

Cinq critères ont été choisis afin d'évaluer la validité de l'hypothèse : la satisfaction des participants concernant le nombre de vidéos présentées pour chaque sous-compétence, l'avis des participants concernant l'évaluation des compétences initiales par l'intermédiaire d'une première vidéo de la sous compétence travaillée, l'avis des professionnels concernant le nombre de vidéos d'apprentissage entre les vidéos d'évaluation, l'avis des intervenants au sujet des vidéos dédiées à l'évaluation de la progression de l'apprenant et l'avis des orthophonistes interrogés concernant l'insertion du protocole de visionnage dans un programme de développement des habiletés sociales.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons partiellement valider cette hypothèse.

52% des répondants trouvent que le nombre de vidéos pour chaque sous compétences est suffisant (cf. figure 22). Néanmoins, une part non négligeable de l'échantillon trouve ce chiffre insuffisant (48%). Les participants nous ont fait savoir qu'il était difficile d'évaluer le nombre de vidéos nécessaire pour permettre la progression de l'apprenant car cela dépend des compétences initiales de ce dernier, d'autant plus qu'il existe une grande variabilité des profils au sein du TSA. D'autres professionnels aimeraient un plus grand panel de vidéos qui varieraient en fonction du contexte. Ainsi, chaque professionnel pourrait choisir les vidéos qui correspondent le mieux à la réalité et au quotidien de l'apprenant.

Concernant la première vidéo de la sous compétence évaluant les aptitudes initiales de l'apprenant, une majorité de professionnels (48%), n'ont pas d'avis sur la question (cf. figure 23) et 28% ne sont pas convaincus par cette méthode d'évaluation. Les professionnels lui reprochent entre autres, d'être trop restreinte et proposent plutôt d'évaluer la compétence cible dans différents contextes. D'autres participants pensent que les réponses obtenues au QCM lors de l'évaluation ne seront pas révélatrices des compétences initiales de l'apprenant. En effet, ce dernier peut avoir des connaissances « théoriques » mais être en difficulté dans sa vie quotidienne pour les appliquer.

Pour la question concernant le nombre de vidéos entre chaque évaluation, une part importante des professionnels n'ont pas d'avis (44%), 32% pensent que deux vidéos suffisent, et 24%

pensent que cela ne suffit pas. Encore une fois, les professionnels rappellent que le nombre de vidéos nécessaires pour permettre un apprentissage de la sous compétence cible dépend de chaque individu avec un TSA. D'autres affirment que le support vidéographique n'est pas un outil suffisant pour permettre un apprentissage ou une généralisation des compétences au quotidien. Varier les supports (textes, vidéos, saynète à jouer etc.) seraient plus aidant selon certains participants.

Concernant l'évaluation de fin de compétence qui vise à mesurer une progression de l'apprenant, 40% des professionnels n'ont pas d'avis sur la question, 36% pensent que cette dernière vidéo de la sous compétence peut être révélatrice de la progression de l'apprenant, mais une part importante de professionnels pensent le contraire (24%). Encore une fois, on reproche à ce moyen d'évaluation d'être trop restreint dans le sens où la vidéo ne suggère qu'une réponse socialement adaptée. Or, il en existe plusieurs. Il serait donc intéressant pour cette dernière vidéo de la sous compétence, de ne pas aiguiller l'apprenant dans ses réponses par l'intermédiaire d'un QCM afin de le laisser proposer une solution qui lui serait propre et qui lui semblerait adaptée à la situation. Il en reviendrait alors au professionnel de qualifier cette solution comme socialement adaptée ou non. D'autres professionnels pensent qu'une situation réelle serait plus pertinente pour évaluer les compétences attendues.

Enfin, nous avions demandé aux professionnels si ce protocole de visionnage pouvait s'inscrire dans un programme de développement des habiletés sociales. 92% des professionnels pensent que oui (cf. figure 24). Plusieurs professionnels trouvent le support intéressant car il est à la fois attractif pour les patients et enrichissant. Ce résultat contraste avec les réponses obtenues pour les questions précédentes. Néanmoins, le fait que ce protocole de visionnage s'inscrive dans un programme plus global fait écho aux commentaires obtenus qui relevaient l'importance de varier les supports pour aborder différentes problématiques rencontrées par le jeune dans son quotidien.

L'étude menée a certes permis de répondre en partie à nos hypothèses de recherche. Toutefois, il nous apparaît nécessaire de nuancer nos propos car certains points méthodologiques sont à améliorer.

III. Critiques méthodologiques de l'étude

Nous allons donc aborder chaque étape de notre étude dans l'ordre chronologique afin d'en préciser les inconvénients.

De manière générale, les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés au-delà de l'étude du fait d'un manque de participants qui a conduit à l'analyse de réponses provenant d'un faible échantillon de professionnels intervenants auprès des individus avec un TSA.

1. Les taxonomies

Avant de pouvoir créer les scénarii sociaux, il nous a fallu structurer notre approche en se basant sur une taxonomie des habiletés sociales. L'inventaire des habiletés sociales de quatorze ans à l'âge adulte (Baker, 2020) nous est apparu comme le plus adéquat pour notre étude (Annexe IV). Nous nous sommes uniquement basée sur les habiletés sociales en lien avec l'amitié. Nous avons pris la liberté de modifier cet inventaire afin de le rendre plus précis. Cette nouvelle classification est donc devenue, malgré nous, subjective là où celle précédemment décrite avait été communément acceptée par un ensemble de professionnels compétents dans ce domaine. A partir de cette classification, nous avons pu proposer différentes situations sociales qui nous apparaissaient alors en lien avec la compétence générale ainsi qu'un protocole de visionnage des vidéos visant l'apprentissage de cette compétence cible. Afin d'avoir le moins de subjectivité personnelle dans cette nouvelle classification, un questionnaire interrogeant les professionnels référents dans le domaine des habiletés sociales aurait pu être envoyé afin d'avoir un premier retour sur cette nouvelle classification et sur les scénarii sociaux qui en découlaient. Il aurait été également intéressant de mener des entretiens auprès d'adolescents comportant un TSA et auprès d'adolescents neurotypiques afin de déceler chez eux leur conception de l'amitié. Ainsi, les scénarii sociaux créés auraient été plus en lien avec le quotidien des apprenants porteurs d'autisme. (cf. figure 8).

2. Le support vidéographique

Tout d'abord, les comédiens recrutés pour le tournage n'étaient pas des professionnels. Bien que nous souhaitions que les vidéos soient les plus réalistes possibles, l'amateurisme des acteurs a entraîné des difficultés tant dans la compréhension que dans le réalisme des situations présentées. En effet, dans certain cas, une diction trop rapide, une voix peu portante, une gestuelle et des mimiques trop exagérées peuvent nuire à la bonne compréhension de la situation d'interaction. De fait, il sera préférable de mener un travail avec des professionnels du théâtre d'un âge proche du sujet cible si possible, ou bien des adolescents recevant des cours de théâtre. De plus, nous n'avons pu prendre uniquement des comédiens adolescents. Un des acteurs était âgé de 26 ans. Or, nous savons qu'il est important de permettre à l'individu apprenant de s'identifier aux acteurs de nos vidéos. Ainsi favoriser

la ressemblance (physique, sexe, âge) entre les acteurs et le sujet apprenant est essentiel (Bandura & Walters, 1977).
De plus, nous n'avons pu recruter d'actrices féminines. Le Trouble du Spectre de l'Autisme touchant également les filles (1 fille pour 3 garçons) (Loomes et al., 2017), il serait également intéressant de proposer des vidéos comportant des actrices féminines.

Par ailleurs, nous avons choisi de filmer en extérieur. Notre souhait était de garder un cadre neutre, pour éviter toute distraction visuelle et ainsi laisser l'opportunité à l'apprenant de se concentrer uniquement sur l'interaction sociale en elle-même. Malgré une qualité visuelle et sonore satisfaisante, les bruits de clochers ou d'oiseaux n'ont pu être retirés par le logiciel Audacity. Le logo présent sur la façade du gymnase dans certaines vidéos n'a également pu être caché et peut perturber les apprenants. En outre, le caractère neutre des lieux choisis a eu le désavantage d'enlever le réalisme de certaines vidéos (e.g. Conversation avec la professeure) qui nécessitaient parfois un lieu plus contextuel comme une salle de classe par exemple.

Pour certaines vidéos il était facile de donner une réponse, car le personnage vert est toujours « en faute » dans les situations. Il aurait donc été intéressant de faire varier les personnages produisant des erreurs de communication pour que le patient soit en alerte par rapport au comportement des deux personnages et ne réponde pas par déduction au QCM.

Concernant les QCM, notre matériel s'est voulu interactif mais peut-être pas suffisamment. En effet, nous ne proposions pas à l'apprenant de répondre aux questions spontanément avant l'apparition des propositions de réponses. Or, ce temps est primordial car il permet à l'apprenant de verbaliser ses observations, d'en déduire l'élément problématique et d'en suggérer une solution. D'autant qu'il n'existe pas une unique bonne réponse. Ce temps de réponse permet également au thérapeute de voir les difficultés de l'apprenant, ainsi que de comprendre sa perception de la situation et suscite également l'échange entre le thérapeute et l'apprenant. Il est toutefois possible au thérapeute de mettre sur pause la vidéo avant que les propositions ne s'affichent. Cependant, il aurait fallu un temps plus long entre l'affichage de la question et l'affichage des proposition de réponse afin de laisser le temps au thérapeute de mettre la vidéo sur pause. De plus, nous aurions pu proposer un matériel où il aurait été possible pour l'apprenant de cliquer directement sur la proposition lui convenant rendant ainsi le patient plus actif. Enfin, il aurait été souhaitable d'ajouter pour chaque vidéo un système de

récompense en cas de bonne réponse de l'apprenant. Ce système aurait pu prendre la forme d'une courte vidéo (amusante ou encourageante) à regarder, comme un gif (image animée) par exemple.

Au sujet du protocole de visionnage, il nous a semblé important de pouvoir évaluer l'enfant au début de l'apprentissage de la compétence et à la fin du visionnage des vidéos de la sous compétence pour que le thérapeute puisse apprécier la progression du patient. Toutefois, la progression ne semble pas si évidente à évaluer avec ce support selon les professionnels. Ces derniers nous ont questionnés sur la notion de progression. Le support vidéographique à lui seul, peut-il permettre à l'apprenant de progresser dans le domaine ciblé ? Si oui, qu'appelons-nous progression ? Est-ce le fait d'acquérir des connaissances théoriques sur la manière de se comporter lors d'une interaction sociale ? Ou bien, est-ce le fait d'améliorer ses compétences en généralisant dans son quotidien les comportements appris grâce aux vidéos qui peut être qualifié de progression ? Notre étude aurait mérité d'aborder ces questionnements en les posant de manière directe aux participants lors de notre enquête de satisfaction. De plus, nous n'avons également pas abordé dans notre questionnaire, le rythme et la fréquence de visionnage des vidéos. En effet, pour favoriser un apprentissage il est préférable de répéter la notion abordée de manière espacée dans le temps (Gerbier & Koenig, 2015).

3. La notice d'information pour les professionnels.

Cette notice d'information destinée aux professionnels participants à notre étude avait pour but d'expliquer notre démarche, nos objectifs ainsi que le support vidéographique. Il est cependant apparu que certaines informations n'étaient pas suffisamment claires pour les professionnels. En effet, nous aurions dû préciser l'âge du public cible (entre 12 et 17 ans inclus). Ainsi, il y aurait eu moins d'ambiguïté pour les professionnels concernant le public cible (collégiens et lycéens).

4. Le questionnaire de satisfaction,

Ce questionnaire avait pour objectif de recueillir l'avis clinique de professionnels intervenant auprès d'individus porteurs d'autisme dans le cadre d'un accompagnement visant au développement des habiletés sociales. Bien que notre questionnaire s'adressât à tous types de professionnels intervenant auprès de sujet TSA, nous avions proposé ce questionnaire, par l'intermédiaire d'une affiche, sur différents groupes Facebook rassemblant essentiellement des orthophonistes ou logopèdes provenant de toute part (Canada, Belgique). Notre moyen de

diffusion n'a donc pas été suffisamment diversifié pour recruter d'autres types de professionnels tels que des psychologues, des éducateurs spécialisés et ce malgré l'envoi de notre affiche dans des structures spécialisées. Il aurait été intéressant de solliciter les Centres Référents Autisme (CRA) de France afin de toucher un plus large panel de professionnels.

Cependant, au vu du nombre de réponses complètes obtenues nous ne pouvons qualifier notre échantillon comme représentatif. Notre étude comporte donc un biais de sélection des participants notable. En effet, la démarche de recrutement des professionnels a entraîné un biais d'auto-sélection ou biais de volontariat. Seuls les professionnels qui se portaient volontaires ont participé à notre enquête. Il est donc probable que les participants ayant accepté de participer à l'étude présentent des caractéristiques différentes de ceux ayant refusé. Nous pouvons également supposer que les professionnels ayant accepté de participer ressentaient déjà une forme d'approbation vis à vis du support vidéo comme outil permettant le développement des habiletés sociales.

Concernant le questionnaire en lui-même, plusieurs biais méthodologiques sont à citer. Tout d'abord, nous pouvons noter le nombre important de questions (quarante-quatre questions) qui a sans doute pu décourager un certain nombre de professionnels. En effet, sur un total de quarante-quatre réponses obtenues, dix-huit sont incomplètes. Ce qui peut également expliquer ce chiffre, est l'aspect chronophage du questionnaire en raison du nombre conséquent de questions ouvertes. Effectivement, la plupart des questions étaient accompagnées d'un encart permettant la rédaction d'un commentaire afin de préciser ou de justifier la réponse du participant. Il n'était cependant pas obligatoire pour le professionnel de remplir cet encart. Une partie des professionnels n'a donc pas rempli ces encarts afin de justifier leur réponse. L'analyse des résultats a donc été difficile dans la mesure où certaines réponses manquaient de précisions. D'autres part, l'analyse des commentaires a également été fastidieuse du fait de leur diversité complexifiant ainsi la tâche de synthèse. De ce fait, il aurait été plus judicieux de proposer des questions conditionnelles c'est-à-dire des questions qui ne s'affichent pas systématiquement à tous les répondants. Les réponses antérieures du participant déterminent l'apparition ou non de chaque question. Une autre solution aurait été de proposer des modalités de réponses plus précises n'engageant ainsi aucune justification de la part du participant. Cependant, cette dernière solution aurait nécessité une anticipation des réponses du professionnel.

De plus, certaines formulations de questions n'étaient pas assez précises. Les questions D3, E3, F3 et G3 manquaient de précisions « Selon vous, les problèmes présentés dans les 4 vidéos du thème X, sont-ils suffisamment identifiables ? ». Nous aurions aimé savoir si effectivement les problèmes présentés étaient suffisamment identifiables par des adolescents porteurs d'autisme. Il en est de même pour les questions D4, E4, F4 et G4, « Selon vous, les QCM sont-ils suffisamment compréhensibles et concis pour des adolescents ? ». La formulation de ces questions aurait dû préciser « pour des adolescents avec un TSA ». Ces formulations ne permettent donc pas de conclure pour ces questions.

Par ailleurs, pour certaines questions, il manquait des modalités de réponses. Pour la question C1, « Pensez-vous que 4 vidéos pour travailler une compétence de l'habileté sociale soit quantitativement suffisant pour obtenir une progression du patient ? », la modalité de réponse « Je ne sais pas » aurait pu être ajoutée afin de recueillir des avis plus fiables et de ne pas obliger les sujets à cocher la case « Oui » ou « Non ».

5. L'analyse statistique

Au vu du nombre de réponses obtenues, nous avons cherché à savoir si notre échantillon était représentatif concernant le mode d'exercice des orthophonistes. Nous ne pouvons qualifier notre échantillon comme représentatif de la population cible car le nombre de participants était d'une part, insuffisant et d'autres part, ne correspondait pas aux normes nationales.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé des statistiques descriptives d'une seule variable afin de présenter les données obtenues par l'intermédiaire du questionnaire. Les variables issues de notre enquête sont toutes qualitatives. Nous avons donc obtenu une répartition des données en classes exprimée en pourcentages. Ces répartitions de données ont pu être présentées sous forme de graphiques en barres ou de diagrammes circulaires.

Enfin, nous avons tenté de réaliser une analyse bivariée en croisant certaines variables. Au regard de l'effectif de l'échantillon, nous avons utilisé un test non paramétrique, le test du khi-deux d'indépendance, l'objectif était de vérifier si les fréquences obtenues correspondaient aux fréquences attendues. Le test du khi-deux permet de vérifier si les variables croisées sont liées ou non entres elles. Ainsi nous avons croisé les variables suivantes : formation des professionnels en habiletés sociales avec le mode d'exercice, les années d'expérience dans le domaine, la pertinence de l'outil vidéographique, l'attrait des

professionnels pour le support. Nous avons également croisé les variables suivantes, les années d'expérience dans le domaine des TSA avec le mode d'exercice.

Il n'a été décelé aucune relation entre deux variables et ce, en ayant choisi une valeur α= 0,001.

IV. Perspectives et ouverture

Bien que de nombreux points d'amélioration soient à apporter à ce travail, notre enquête a tout de même confirmer l'intérêt des orthophonistes pour ce support. Il en émane également quelques pistes d'utilisation.

1. Apports pour l'orthophonie

Notre travail nous a permis de présenter à des professionnels, notamment des orthophonistes, une banque de vidéos basées sur des scénarii sociaux visant l'acquisition d'habiletés sociales en lien avec l'amitié.

Ce type de support est encore émergent et peu utilisé dans le domaine des habiletés sociales. Ainsi, cet outil vient compléter les supports déjà existants et disponibles en proposant un contenu plus réaliste et plus vivant. Le réalisme des personnages ainsi que celui des situations sociales présentées peut ainsi permettre un travail plus écologique des habiletés sociales en lien avec le développement de l'amitié. L'adolescent porteur de TSA est également amené à analyser aussi bien la communication verbale que non verbale (expressions du visage, gestes). Pour rappel, la communication corporelle ou la prosodie (accent, intensité de la diction), sont autant d'éléments que les personnes avec autisme n'interprètent pas instinctivement (Frith, 1989). Les notions de pragmatique du langage et de Théorie de l'Esprit peuvent également être travaillées grâce à l'outil créé. En effet, l'adolescent est amené à porter une réflexion sur les erreurs de communication commises (identification du problème) par les personnages. Attribuer des états mentaux aux différents personnages est indispensable afin de fournir une bonne réponse. Ensuite, il est nécessaire que l'apprenant se mette à la place du protagoniste afin de proposer une réponse adéquate (résolution du problème).

Nous avons veillé autant que possible à adapter l'outil vidéographique au public adolescent porteur d'autisme sans déficience intellectuelle car peu de ressources vidéographiques n'étaient adaptées aux problématiques de ce public. Nous rappelons également qu'il est important de permettre à l'individu apprenant de s'identifier aux acteurs des vidéos. Ainsi

favoriser la ressemblance (physique, sexe, âge) entre les acteurs et le sujet apprenant est essentiel (Bandura & Walters, 1977).

De plus, le recueil d'avis auprès des professionnels a permis de mettre en évidence que plus de la moitié des orthophonistes interrogés n'ont pas été formés aux habiletés sociales (cf. figure 6). Ceci n'empêche pas pour autant les professionnels d'accompagner les individus avec un TSA dans leur processus visant à acquérir les habiletés sociales. D'autant que le support vidéographique a su être attrayant à la fois pour les orthophonistes interrogés ayant suivi une formation dans ce domaine mais aussi pour les participants n'ayant pas suivi de formation dans le domaine des habiletés sociales.

En somme, selon les réponses des participants de l'enquête, ce support vidéographique est un outil pouvant favoriser l'interaction entre le thérapeute et l'adolescent. Le thérapeute est libre de l'utiliser dans le cadre d'un entraînement visant l'acquisition des habiletés sociales ou bien dans le cadre d'un processus visant la généralisation des habiletés sociales au quotidien. Nous ne pouvons fournir de réponses claires à ce sujet car nos vidéos ainsi que le protocole de visionnage, n'ont pu être testés par des patients.

2. Apports personnels

D'un point de vue professionnel, ce travail de fin d'études nous aura permis d'acquérir des connaissances solides sur le Trouble du Spectre de l'Autisme ainsi que sur les habiletés sociales. Nous avons pu nous rendre compte au cours de ce mémoire que leur développement était primordial pour les sujets atteints de TSA. De plus, nous nous sommes familiarisée avec ce public et avons pu voir au cours de nos stages des prises en soins individuelles travaillant les habiletés sociales ainsi que des groupes d'habiletés sociales. Nous souhaiterions pouvoir poursuivre ce travail afin de rendre un outil vidéographique accessible à tous types de professionnels souhaitant aborder les habiletés sociales avec leurs patients.

D'un point de vue méthodologique, ce travail a amélioré nos capacités de recherche dans la littérature scientifique. Nous avons également pu nous familiariser avec le logiciel de gestion bibliographique Zotero. Nous avons également pu acquérir des compétences dans le traitement des données statistiques, notamment concernant le test d'indépendance du khi deux. Ces deux points sont essentiels à la pratique orthophonique, car nous serons amenée à lire des articles scientifiques afin de nous former en permanence.

D’un point de vue plus personnel, ces deux années d’études ont su mettre à l’épreuve notre capacité d’adaptation, suite à la réorientation de notre sujet de mémoire, cette qualité étant indispensable au métier d’orthophoniste.

3. Suites possibles pour l’étude

Ce travail portant sur quelques habiletés sociales nécessaires au développement de l’amitié, a été proposé sur une petite échelle auprès d’orthophonistes. Une enquête de plus grande ampleur mériterait d’être menée afin de recueillir l’avis d’un plus grand nombre de professionnels de toutes sortes intervenant auprès des sujets avec un TSA (éducateurs spécialisés, psychologues, orthophoniste, etc.). En effet, il est possible que ces différents professionnels aient un avis différent sur notre matériel vidéographique créé. Ceci permettrait également la généralisation des résultats. De plus, nous aurions aimé poursuivre ce travail pour tester l’efficacité du support vidéographique auprès de patients adolescents avec un TSA sans déficience intellectuelle. Nous espérions que notre protocole de visionnage aurait permis un travail approfondi et efficace compte tenu de la quantité de vidéos pour chaque sous compétence.

Les études suivantes pourraient se poursuivre :

- En proposant ce type de support vidéographique à des individus porteurs d’autisme associé à une déficience intellectuelle. En effet, une prise en soins dans le domaine des habiletés sociales est également indiquée pour ce public (Liratni et al., 2014).
- En proposant ce type de vidéos à d’autres tranches d’âge. Effectivement, les sujets atteints de TSA souffrent de ce manque d’habiletés tout au long de leur vie (Fritsch et al., 2009).
- En continuant de développer des vidéos présentant des scénarii sociaux travaillant d’autres compétences et sous compétences en lien avec le développement et le maintien de l’amitié. Nous n’avons traité dans ce travail qu’une petite partie des compétences nécessaires au bon développement des habiletés sociales en lien avec l’amitié. Ce travail peut également être réalisé sur d’autres domaines d’habiletés sociales comme la gestion des émotions et leur reconnaissance, ou les relations amoureuses.
- En comparant l’efficacité d’un support vidéographique avec des lieux contextuels et des lieux neutres.
- En proposant ce type de matériel vidéographique à d’autres pathologies présentant un déficit dans les habiletés sociales comme la schizophrénie (Savla et al., 2013).

CONCLUSION

Les habiletés sociales représentent un répertoire de comportements spécifiques qui font partie intégrante des compétences sociales nécessaires au bon déroulement des interactions sociales. Ces comportements dits « socialement adaptés » sont déterminés par des principes arbitraires. Le déficit des habiletés sociales chez les sujets atteints d'un TSA, leur cause de grandes souffrances au quotidien. Il n'est pas rare de voir de jeunes adolescents ou des adultes souffrir de dépression sévère liée à l'isolement. Il est donc nécessaire que des professionnels sensibilisés au phénomène puissent intervenir dans le cadre d'un accompagnement afin de mettre en lumière ces principes arbitraires. Plusieurs supports visant le développement des habiletés sociales existent à ce jour : le jeu de rôles, les scénarii sociaux, ou encore le vidéo modeling. Toutefois, peu de ressources vidéographiques existent actuellement sous la forme de résolution de problèmes lors d'interactions sociales.

Afin de contribuer à l'enrichissement des supports vidéographiques disponibles, nous avons créé un matériel vidéographique construit sur la base de scénarii sociaux. Ces vidéos traitent des habiletés sociales en lien avec le développement de l'amitié. Il était demandé à l'apprenant, par l'intermédiaire de QCM, d'identifier le comportement problématique et de choisir ensuite le comportement le plus adapté à la situation d'interaction. Au préalable, un travail a été mené sur la classification des habiletés permettant ainsi l'orientation des sujets à aborder au sein des vidéos.

Ensuite, nous avons proposé ces vidéos à des intervenants en habiletés sociales afin de recueillir leurs avis concernant la pertinence de ce support. Globalement, les orthophonistes interrogés ont trouvé les vidéos pertinentes, de qualité, et ergonomiques. Ils ont également jugé les compétences abordées comme adéquates. Toutefois, le protocole de visionnage n'a pas suffisamment convaincu les répondants.

Le peu de participants et de professionnels représentés n'ont pas permis une généralisation des résultats. Cependant, l'attrait des professionnels pour ce support révèle l'intérêt de ce matériel dans le cadre d'une intervention visant l'acquisition des habiletés sociales.

Un travail complémentaire pourra être mené afin de tester l'efficacité de ce type de vidéos auprès de patients adolescents atteints d'un TSA (étude longitudinale).

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (1983). *D.S.M. [Diagnostic and statistical manual] III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.

American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

Asperger, H. (1944). Die „Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, *117*(1), 76-136. https://doi.org/10.1007/BF01837709

Association Ikigaï. (2019). https://www.association-ikigai.org/saison-1-les-8-episodes

Assouline, M. (2013). Autisme : Adolescence, sexualité et vie sociale. *L'information psychiatrique*, *89*(7), 559. https://doi.org/10.3917/inpsy.8907.0559

Attwood, T. (2003). *Le Syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau*. Dunod.

Attwood, T., & Garnett, M. (2020). *Asperger : Comment vaincre coups de blues et dépression ?* (deboeck supérieur).

Attwood, T., & Schovanec, J. (2018). *Le syndrome d'Asperger : Guide complet* (4e éd). De Boeck supérieur.

Austin, J. L. (2002). *Quand dire, c'est faire*. Éd. du Seuil.

Autism Europe. (2018). L'Organisation mondiale de la santé met à jour sa classification de l'autisme dans la CIM-11. *Autism Europe*. https://www.autismeurope.org/fr/blog/2018/06/21/lorganisation-mondiale-de-la-sante-met-a-jour-sa-classification-de-lautisme-dans-la-cim-11/

Baghdadli, A. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme : Guide pour les intervenants*.

Baker, J. (2020). *Inventaire des habiletés sociales (de quatorze ans à l'âge adulte). Adaptation de "Preparatoring for Life : The Complete Guide for Transitioning to Adulhood for Those With Autism and Asperger's Syndrome "*. L. Cornet-Debraye, Trad. https://tribu.phm.education.gouv.fr/toutatice-portail-cms-nuxeo/binary/Habili_TED_Inventaire__des_habiletes_sociales__14_ans_a_adulte.pdf?type=FILE&path=%2Fdefault-domain%2Fworkspaces%2Fcontinuite-pedagogique-aude%2Ftype-de-postes%2Ftsa%2Fressources-tsa%2Fscenarios-sociaux%2Fhabili-ted-inventaire-de&portalName=foad&liveState=true&fieldName=file:content&t=1593145687

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Englewood cliffs Prentice Hall, Vol. 1).

Baron-Cohen, S., Ring, H., Moriarty, J., Schmitz, B., Costa, D., & Ell, P. (1994). Recognition of Mental State Terms : Clinical Findings in Children with Autism and a Functional Neuroimaging Study of Normal Adults. *British Journal of Psychiatry, 165*(5), 640-649. https://doi.org/10.1192/bjp.165.5.640

Bizet, É., Bretière, M., & Gillet, P. (2018). *Prises en charge neuropsychologiques de l'autisme : Enfants d'âge scolaire, adolescents et adultes*. De Boeck supérieur.

Bloom, L., & Lahey, M. (1978a). A Definition of Language. *Language development and language disorders*, 692.

Buggey, T. (2009). *Seeing is believing : Video self-modeling for people with autism and other developmental disabilities.* (p. xiii, 129). Woodbine House.

Charlop-Christy, M. H., Le, L., & Freeman, K. A. (2000). A comparison of video modeling with in vivo modeling for teaching children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *30*(6), 537-552. https://doi.org/10.1023/A:1005635326276

Collette, F., Hogge, M., Salmon, E., & Van der Linden, M. (2006). Exploration of the neural substrates of executive functioning by functional neuroimaging. *Neuroscience*, *139*(1), 209-221. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.05.035

Coquet, F. (2005). Les habiletés pragmatiques chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 17.

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. https://doi.org/10.1037/h0100294

Courtois-du-Passage, N., & Galloux, A.-S. (2004). Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : Aspects formels et pragmatiques du langage. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *52*(7), 478-489. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.004

Cuny, F. (2012). Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *170*(7), 482-484. https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.06.017

Damasio, A. R., & Blanc, M. (2010). *L'erreur de Descartes : La raison des émotions* (Nouvelle éd.). O. Jacob.

Dowrick, P. W. (1999). A review of self modeling and related interventions. *Applied and Preventive Psychology*, *8*(1), 23-39. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(99)80009-2

Duncan, J. (1986). Disorganisation of behaviour after frontal lobe damage. *Cognitive Neuropsychology*, *3*(3), 271-290. https://doi.org/10.1080/02643298608253360

Frith, U. (1989). *Autism : Explaining the enigma*. Basil Blackwell.

Frith, U. (1996). *L'Enigme de l'autisme*. O. Jacob.

Fritsch, A., Murad, A., Kloss, S., Francescon-Rota, G., & Bizet, E. (2009). L'entraînement aux habiletés sociales chez les adultes avec autisme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *167*(4), 299-302. https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.02.005

Garcin, N. (2013). Le DSM-5 : L'impact de la recherche sur l'évolution des concepts et des définitions du trouble du spectre de l'autisme, du trouble de la communication sociale, de la déficience intellectuelle et des retards globaux du développement. *CNRIS*, *5*(1), 4-11.

Garié, L.-A. (2021). *Pratique orthophonique avec les enfants et adolescents présentant un TSA* (Deboeck supérieur).

Garnier, P., Bastien, R., Haelewyck, M.-C., Judge, H., Martin, J.-C., Sellers, T., Tessari Veye, A., Therwer, C., & Thommen, E. (2019). *Autisme et nouvelles technologies*. https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/editions-h/2019/autisme-nouvelles-technologies/maquette-autisme-nouvelles-technologies-vf-bat.pdf

Gepner, B., & Féron, F. (2009). Autism : A world changing too fast for a mis-wired brain? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *33*(8), 1227-1242. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.06.006

Gerbier, É., & Koenig, O. (2015). Comment les intervalles temporels entre les répétitions d'une information en influencent-ils la mémorisation ? Revue théorique des effets de pratique distribuée: *L'Année psychologique*, *Vol. 115*(3), 435-462. https://doi.org/10.3917/anpsy.153.0435

Gervais, H., Belin, P., Boddaert, N., Leboyer, M., Coez, A., Sfaello, I., Barthélémy, C., Brunelle, F., Samson, Y., & Zilbovicius, M. (2004). Abnormal cortical voice processing in autism. *Nature Neuroscience*, *7*(8), 801-802. https://doi.org/10.1038/nn1291

Gillet, P. (2013). *Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant*. De Boeck-Solal.

Grancier, C. (2021). *Apports des vidéos de scénarii sociaux dans le développement des habiletés sociales chez les patients avec un TSA ayant entre 6 et 15 ans.* [Mémoire de Master]. Université de Poitiers.

Grandin, T., Panek, R., & Botz, A. (2014). *Dans le cerveau des autistes*. O. Jacob.

Granit, V. (2016). *Réflexion sur un programme d'entraînement aux habiletés sociales pour les enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme et une déficience intellectuelle*. *Rééducation orthophonique*(266), 131-148.

Gray, C., & Bouchard, C. (1996). *Nouveau livre de scénarios sociaux*. Future Horizons.

Happé, F. (1999). Autism : Cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, *3*(6), 216-222. https://doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01318-2

Happé, F., & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account : Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(1), 5-25. https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0

Happe, F. G. E. (1995). The Role of Age and Verbal Ability in the Theory of Mind Task Performance of Subjects with Autism. *Child Development*, *66*(3), 843. https://doi.org/10.2307/1131954

HAS. (2012). *Haute Autorité de Santé—Autisme et autres troubles envahissants du développement:interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent [Recommandations]*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf

HAS. (2017). *Haute Autorité de Santé—Trouble du spectre de l'autisme : Interventions et parcours de vie de l'adulte [Recommandations]*. 68.

HAS, L. (2018). *Haute Autorité de santé-Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent [Texte des recommandations]*. 45.

Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism☆. *Trends in Cognitive Sciences*, *8*(1), 26-32. https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.11.003

Hupet, M. (1996). Trouble de la compétence pragmatique : Troubles spécifiques ou dérivés? *Troubles du développement du langage : perspectives pragmatiques et discursives*, 89-112.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, *2*, 217-250.

Lindmeier, C. (2018). *L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11)*. https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

Liratni, M., Blanchet, C., & Pry, R. (2014). Intérêt des groupes d'entraînement aux habiletés sociales dans la prise en charge de l'autisme avec retard mental modéré. *Archives de Pédiatrie*, *21*(1), 20-26. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.10.021

Liratni, M., Blanchet, C., & Sonié, S. (2019). *Enseigner les habiletés sociales aux enfants avec autisme : Avec la méthode GACS*.

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(6), 466-474. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013

Ménard, V., & Poulin, M.-H. (2014). *A POUR AUTRE*. https://apourautre.ca/

Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P., & Kazdin, A. E. (1983). *Social Skills Assessment and Training with Children : An Empirically Based Handbook*. http://link.springer.com/openurl?genre=book&isbn=978-1-4899-0350-1

Moeschler, J., & Reboul, A. (1994). *Dictionnaire encyclopédique de pragmatique*. Editions du Seuil.

Murray, S., Noland, B., Henrion, A., & Bouchez, M.-H. (2016). *La vidéo, outil d'apprentissage pour enfants avec autisme : Guide pratique pour les parents et les professionnels*. De Boeck.

Nadel, J. (2003). Imitation et autisme. *Cerveau & Psycho, 4*. https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/neurobiologie/imitation-et-autisme-1743.php

Pugliese, C. E., Anthony, L., Strang, J. F., Dudley, K., Wallace, G. L., & Kenworthy, L. (2015). Increasing Adaptive Behavior Skill Deficits From Childhood to Adolescence in Autism Spectrum Disorder : Role of Executive Function. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(6), 1579-1587. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2309-1

Rizzolatti, G., & Fabbri-Destro, M. (2010). Mirror neurons : From discovery to autism. *Experimental Brain Research*, *200*(3-4), 223-237. https://doi.org/10.1007/s00221-009-2002-3

Saitovitch, A. (2012). Social cognition and the superior temporal sulcus : Implications in autism. *Revue Neurologique*, *168*(10), 762-770. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2012.07.017

Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in Domains of Social Cognition in Schizophrenia : A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(5), 979-992. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080

Schovanec, J., & Glorion, C. (2013). *Je suis à l'est ! Savant et autiste un témoignage unique* ([Nouvelle] éd). Pocket.

Thommen, E., Baggioni, L., & Veyre, A. T. (2017). *Les particularités neuro-cognitives dans l'autisme*. *28*, 5.

Vermeulen, P. (2019). *La pensée autistique, contexte et compréhension*. AFD.

Wacker, D. P., & Berg, W. K. (2009). Matching treatment to the function of destructive behavio. In *Behavioral theories and interventions for autism* (p. 3-21). Phil Reed.

Wass, S. V., & Porayska-Pomsta, K. (2014). The uses of cognitive training technologies in the treatment of autism spectrum disorders. *Autism*, *18*(8), 851-871. https://doi.org/10.1177/1362361313499827

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *9*(1), 11-29. https://doi.org/10.1007/BF01531288

Winner, M. G. (2007). *Thinking about you, thinking about me : Teaching perspective taking and social thinking to persons with social cognitive learning challenges*. Think Social Publishing.

ANNEXES

Listes des annexes

ANNEXE I : Tableau niveau de sévérité du Trouble du Spectre de l'autisme (Garcin, 2013)

ANNEXE II : Modèle de l'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéographiques pour mineurs

ANNEXE III : Modèle de l'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéographiques pour majeurs

ANNEXE IV : Inventaire des habiletés sociales (de quatorze ans à l'âge adulte) (Baker, 2020)

ANNEXE V : Réorganisation et classification des compétences de l'habileté sociale en lien avec l'amitié issu de l'inventaire de Baker, 2020 (version n°1)

ANNEXE VI : Réorganisation et classification des compétences de l'habileté sociale en lien avec l'amitié issu de l'inventaire de Baker, 2020 (version n°2)

ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des vidéos créées en fonction de la compétence et des sous compétence abordées.

ANNEXE VIII : Questionnaire évaluant la satisfaction des intervenants en habiletés sociales au sujet de l'outil vidéographique créé

ANNNEXE IX : Affiche de recrutement des professionnels

ANNEXE X : Notice d'information à destination des professionnels participant à l'étude

ANNEXE I : Tableau niveau de sévérité du Trouble du Spectre de l'autisme (Garcin, 2013)

	Communication sociale /interaction sociale	Comportements et intérêts restreints et répétitifs
Niveau 1 : nécessité d'un soutien	Difficultés notables : • Dans l'initiation d'interactions sociales • Réponses inadaptées ou absentes face à autrui • Absence d'intérêt pour les interactions sociales	Difficultés notables : • Les comportements/intérêts répétitifs et restreints altèrent de façon significative le fonctionnement du sujet dans différentes circonstances. • Résistance lorsqu'ils sont entravés dans leur comportement itératif et restreint
Niveau 2 : nécessité d'un soutien important	Déficiences marquées : • Compétences socio-communicationnelles (verbal et non-verbal) • Déficits sociaux évidents malgré le soutien apporté • Pas ou peu d'initiation d'interaction et les réponses aux sollicitations des autres sont diminuées	• Les comportements/intérêts restreints et répétitifs sont fréquents et perturbent le fonctionnement de la personne dans différents contextes • Le sujet exprime sa détresse/frustration lorsqu'il est entravé. Difficultés de remobilisation ensuite.
Niveau 3 : nécessité d'un soutient très important	Forte altération : • Initiation limitée aux interactions sociales • Réponses minimales aux sollicitations d'autrui	• Les comportements/intérêts restreints et répétitifs altèrent considérablement le fonctionnement du sujet dans son quotidien • Détresse importante lorsque ces comportements sont interrompus par autrui • Grande difficulté à rediriger les intérêts de l'individu

ANNEXE II : Modèle de l'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéographiques pour mineurs

Autorisation individuelle d'être filmé, photographié et/ou enregistré vocalement

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____

A _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Ayant la qualité de : _____

Autorise par la présente, Melle Deroye Marianne, agissant en la qualité d'étudiante en orthophonie à la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, à filmer, à photographier, à enregistrer la voix de mon enfant sans contrepartie de quelque nature que ce soit dans le cadre du travail du mémoire de recherche « Création d'un outil vidéographique visant à développer les habiletés sociales en lien avec l'amitié chez les adolescents porteurs d'un TSA : recueil d'avis de professionnels ».

En conséquence, j'accorde le droit à utiliser, diffuser, retranscrire et communiquer les films, les photographies enregistrés et/ou les paroles que mon enfant a prononcées, y compris son nom, pour chaque étape de ce projet d'étude. Ce projet comprend la rédaction du mémoire qui aboutit à la réalisation de vidéos visant l'acquisition d'habiletés sociales chez l'adolescentporteur d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Il s'agira principalement de présenter aux intervenants en habiletés sociales de courtes vidéos mettant en scène deux personnages en situation de communication. L'anonymat des acteurs sera préservé.

Les vidéos seront accessibles par les intervenants en habiletés sociales et ses collaborateurs, les membres du jury de la soutenance du mémoire, les étudiants en orthophonie et tout publicintéressé par la consultation du mémoire.

Les données sont enregistrées sur l'ordinateur privé à accès sécurisé de Melle Deroye Marianne et sur un disque dur externe non relié à internet. Elles seront effacées à la fin du projet de mémoire.

Le bénéficiaire de l'autorisation, Marianne Deroye, s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou enregistrements susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de mon enfant, ni de les utiliser dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution ou diffusion des données citées sur simple demande. Il encouragera ses partenairesà faire de même et mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

Je suis informé(e) de mes droits et ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour leur exploitation.

Par la présente, j'atteste aussi n'être liée par aucun contrat exclusif sur l'utilisation de l'imageou du nom de mon enfant et je reconnais ne pas prétendre à une réparation d'un préjudice quel qu'il soit du fait de l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre défini. Je m'engageà tenter de résoudre à l'amiable et de bonne foi tout différend qui pourrait survenir dans l'interprétation et/ou l'exécution de la présente autorisation cependant, si tout litige relatif à l'exécution ou à l'interprétation de la présente autorisation, ne saurait être résolu à l'amiable, alors le litige sera soumis exclusivement aux tribunaux de Poitiers.

Fait à_____, le_____en deux exemplaires et de bonne foi.

Coordonnées de l'étudiante :
marianne.deroye@gmail.com
Téléphone France +33 0674983086.

Signature de l'étudiant, (date et lieu)

Signature du responsable légal de la personne photographiée, filmée et/ou enregistrée (dateet lieu)

ANNEXE III : Modèle de l'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéographiques pour majeurs

Autorisation individuelle d'être filmé, photographié et/ou enregistré vocalement

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____

A _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Autorise par la présente, Melle Deroye Marianne, agissant en la qualité d'étudiante en orthophonie à la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, à filmer, à photographier, à enregistrer ma voix sans contrepartie de quelque nature que ce soit dans le cadre du travail du mémoire de recherche « Création d'un outil vidéographique visant à développer les habiletés sociales en lien avec l'amitié chez les adolescents porteurs d'un TSA : recueil d'avis de professionnels ».

En conséquence, j'accorde le droit à utiliser, diffuser, retranscrire et communiquer les films, les photographies enregistrés et/ou mes paroles prononcées, y compris mon nom pour chaque étape de ce projet d'étude. Ce projet comprend la rédaction du mémoire qui aboutit à la réalisation de vidéos visant l'acquisition d'habiletés sociales chez l'adolescent porteur d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Il s'agira principalement de présenter à des intervenants en habiletés sociales de courtes vidéos mettant en scène deux personnages en situation de communication. L'anonymat des acteurs sera préservé.

Les vidéos seront accessibles par les intervenants en habiletés sociales et ses collaborateurs, les membres du jury de la soutenance du mémoire, les étudiants en orthophonie et tout publicintéressé par la consultation du mémoire.

Les données sont enregistrées sur l'ordinateur privé à accès sécurisé de Melle Deroye Marianne et sur un disque dur externe non relié à internet. Elles seront effacées à la fin du projet de mémoire.

Le bénéficiaire de l'autorisation, Marianne Deroye, s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou enregistrements susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni de les utiliser dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution ou diffusion des données citées sur simple demande. Il encouragera ses partenairesà faire de même et

mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

Je suis informé(e) de mes droits et ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour leur exploitation.

Par la présente, j'atteste aussi n'être liée par aucun contrat exclusif sur l'utilisation de l'image ou de mon nom et je reconnais ne pas prétendre à une réparation d'un préjudice quel qu'il soit du fait de l'utilisation de mon image dans le cadre défini. Je m'engage à tenter de résoudre à l'amiable et de bonne foi tout différend qui pourrait survenir dans l'interprétation et/ou l'exécution de la présente autorisation cependant, si tout litige relatif à l'exécution ou à l'interprétation de la présente autorisation, ne saurait être résolu à l'amiable, alors le litige sera soumis exclusivement aux tribunaux de Poitiers.

Fait à_____, le_____en deux exemplaires et de bonne foi.

Coordonnées de l'étudiante :
marianne.deroye@gmail.com
Téléphone France +33 0674983086.

Signature de l'étudiant, (date et lieu)

Signature de la personne photographiée, filmée et/ou enregistrée (date et lieu)

ANNEXE IV : Inventaire des habiletés sociales (de quatorze ans à l'âge adulte) (Baker, 2020)

Inventaire des habiletés sociales (de quatorze ans à l'âge adulte)

Nom de l'élève : _____

Nom de la personne qui a complété le formulaire : _____

Indiquer par un crochet ce que maîtrise l'élève

Habiletés particulières	Habileté maîtrisée
Comportements non verbaux	
Comportement acceptable vs comportement inopportun	
Intérêt vs l'ennui	
Sarcasme vs expressions authentiques	
Position d'écoute	
Respecte l'espace et les effets personnels des personnes autour de lui	
Hygiène personnelle	
Gestions des maniérismes moteurs particuliers	
Gestion de la colère et de la frustration	
Comprendre sa propre colère	
Identifier les déclencheurs de sa propre colère	
Modifier les déclencheurs de sa propre colère	
Gérer les déclencheurs de sa propre colère	
Savoir comment se calmer lorsque fâché	
Exprimer vs intérioriser les sentiments	
Garder un journal de gestion de colère	
Gestion de l'anxiété	
Faire face à l'anxiété et à la colère : compréhension de réaction d'alarme	
Faire face aux idées noires et aux comportements compulsifs	
Faire face aux craintes sociales	
Faire face aux situations qui font peur	
Conversation	
Salutations	
Se présenter et présenter les autres	
Interrompre	
Maintenir et se joindre à une conversation	
Amorcer une conversation avec des personnes connues	
Mieux connaitre une nouvelle personne	
Affiche – comment amorcer et maintenir une conversation	
Stratégies de « réparation » : gaffes sociales	
Comment changer de sujet au sein d'une conversation	
Sensibilité aux intérêts de l'interlocuteur/ne pas trop parler	
Comment mettre fin à une conversation	
Répondre au téléphone	

Développer et entretenir les amitiés (et interactions avec des colocataires)	
Où rencontrer des amis	
Ne pas essayer trop fort – trop tôt	
Partager les amis	
Éviter les sujets sensibles et les insultes	
Comment faire un compliment	
Respecter les opinions des autres personnes	
Ne pas faire la police	
Modestie	
Faire face à la pression des pairs	
Faire face aux rumeurs	
Savoir écouter avec empathie	
Se montrer attentif aux sentiments des autres	
Approfondir les relations amicales et partager des renseignements personnels	
Résolution de conflits et affirmation de soi	
Faire face à la taquinerie	
Être un bon perdant	
Attirer l'attention de façon positive	
Fréquentations	
Où trouver quelqu'un que l'on veut fréquenter	
Comment faire un rendez-vous	
Décoder les signaux verbaux et non verbaux : quand poursuivre une relation romantique	
Harcèlement sexuel – lignes de conduite	
Les choses à faire et à ne pas faire pendant un rendez-vous	
Communiquer de façon claire afin de répondre aux besoins de chacun	
Faire face aux exigences scolaires et familiales	
Demander des adaptations ou modifications raisonnable	
Affronter le travail frustrant	
Accepter le « non » ou attendre pour obtenir quelque chose	
Demander quelque chose poliment	
Négocier et accepter les refus	
Travailler en groupe de façon coopérative	
Faire face aux erreurs et à la correction	
Accepter la critique	
Comment exprimer son désaccord de façon respectueuse envers les enseignants, les parents et les superviseurs	
Faire face aux situations stressantes chez soi	
Habiletés d'emploi	
Choisir un emploi ou une direction de carrière	
Recherche d'emploi	
Rédiger un CV et des lettres de présentation	
Scripts pour le réseautage et les demandes de travail	
Les compétences d'entretien et divulgation d'une invalidité	
Affronter et accepter le rejet	

Les choses à faire et à ne pas faire pour conserver un emploi	
Savoir répondre aux critiques, aux accusations et aux plaintes	
Argent	
Savoir gérer de l'/son argent	
Se préparer aux urgences	
Faire face aux situations d'urgence et au personnel de secours (y compris les policiers, les pompiers et le personnel hospitalier)	
Transport	
Utiliser le transport en commun et privé	

ANNEXE V : Réorganisation et classification des compétences de l'habileté sociale en lien avec l'amitié issu de l'inventaire de Baker, 2020 (version n°1)

Exprimer ce que je ressens

Compétence 1 : Commencer une relation amicale

Sous compétences :
1. Où rencontrer des amis
2. Ne pas essayer trop fort, trop tôt
3. Approfondir les relations amicales et partager des renseignements personnels

Compétence 2 : Respecter l'autre

Sous compétences :
1. Éviter les sujets sensibles et insultes
2. Respecter les opinons des autres personnes
3. Partager les amis

Compétence 3 : Donner une bonne image de soi

Sous compétences :
1. Comment faire un compliment
2. Il y a modestie
3. Être un bon perdant
4. Attirer l'attention de façon positive

Compétence 4 : Imposer ses limites

Sous compétences :
1. Ne pas faire la police
2. Résolution des conflits et affirmations de soi

Réagir à mon environnement

Compétence 5 : Réagir aux comportements offensifs

Sous compétences :
1. Faire face à la pression des paires
2. Faire face aux rumeurs
3. Faire face à la taquinerie

Compétence 6 : Être à l'écoute de l'autre

Sous compétences :
4. Savoir écouter avec empathie
5. Se montrer attentif aux sentiments des autres

ANNEXE VI : Réorganisation et classification des compétences de l'habileté sociale en lien avec l'amitié issu de l'inventaire de Baker, 2020 (version n°2)

Se faire des amis et maintenir une amitié (liste de compétences et sous-compétences)

<u>Exprimer ce que je ressens</u>

Compétence 1 : Commencer une relation amicale

Sous compétences :
1. Savoir quand aborder la personne
2. Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne
3. Savoir se présenter à quelqu'un
4. Savoir montrer de l'intérêt pour la personne

/!\ Notre support vidéographique n'exploite pas les compétences suivantes.

Compétence 2 : Respecter l'autre

Sous compétences :
5. Apprendre à ne pas vexer l'ami (moqueries, reproches, insultes.)
6. Savoir admettre que l'on se trompe
7. Apprendre à ne pas être trop possessif en amitié
8. Savoir être ouvert à la discussion

Compétence 3 : Donner une bonne image de soi

Sous compétences :
9. Apprendre à faire des compliments
10. Savoir faire preuve de modestie
11. Savoir accepter la défaite et être bon perdant
12. Apprendre à ne pas attirer l'attention pour de mauvaises raisons

Compétence 4 : Imposer ses limites

Sous compétences :
13. Savoir dire quand on est vexé et pourquoi
14. Apprendre à ne pas imposer trop de limites (faire la police)
15. Savoir exprimer son désaccord
16. Savoir dire non et son refus poliment

<u>Réagir à mon environnement</u>

Compétence 5 : Réagir aux comportements offensifs

Sous compétences :
17. Savoir réagir face à une pression (chantage)
18. Savoir réagir à la taquinerie (drôle/méchante)
19. Ne pas savoir prendre du recul sur ce que tes semblables te disent
20. Savoir réagir face à une atteinte physique

Compétence 6 : Être à l'écoute de l'autre

Sous compétences :
21. Savoir tenir compte de l'état de l'autre pour réagir
22. Savoir écouter avec empathie
23. Apprendre à ne pas changer de sujet trop vite
24. Savoir proposer son aide

ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des vidéos créées en fonction de la compétence et des sous compétence abordées.

N°	Titre de la vidéo	Compétence générale	Sous compétence	Scénario	Progression
1.1	L'appel téléphonique	Commencer une relation amicale	Savoir quand aborder la personne	L'interlocuteur est occupé au téléphone.	Evaluation initiale de la compétence
1.2	Le garçon à la console	Commencer une relation amicale	Savoir quand aborder la personne	L'interlocuteur est occupé, il joue à la console. Il n'a pas la possibilité de mettre en pause le jeu.	Vidéo d'apprentissage
1.3	En sortant de contrôle	Commencer une relation amicale	Savoir quand aborder la personne	L'interlocuteur est colère car il a raté son contrôle, il ne veut pas en discuter.	Vidéo d'apprentissage
1.4	Conversation avec la professeure	Commencer une relation amicale	Savoir quand aborder la personne	L'interlocuteur a une discussion importante avec sa professeure.	Evaluation finale de la compétence
2.1	Le plaisir des montres	Commencer une relation amicale	Savoir se présenter à quelqu'un	Le personnage principal parle avec passion des montres, il est intarissable sur le sujet.	Evaluation initiale de la compétence
2.2	Le grand timide	Commencer une relation amicale	Savoir se présenter à quelqu'un	Le personnage principal parle peu et est en difficulté pour parler de ce qu'il a pu faire dans son week-end.	Vidéo d'apprentissage
2.3	Qui est-il ?	Commencer une relation amicale	Savoir se présenter à quelqu'un	Le personnage principal doit se présenter mais est imprécis.	Vidéo d'apprentissage

2.4	Le grand sportif	Commencer une relation amicale	Savoir se présenter à quelqu'un	Le personnage principal parle trop et ne laisse pas le temps son interlocuteur de répondre à ses questions.	Evaluation finale de la compétence
3.1	Les problèmes d'argents	Commencer une relation amicale	Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne	Le personnage principal dévoile des informations trop personnelles à une personne dont il n'est pas très proche.	Evaluation initiale de la compétence
3.2	Le divorce	Commencer une relation amicale	Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne	Le personnage principal donne une information trop personnelle à quelqu'un qui ne connaît.	Vidéo d'apprentissage
3.3	Rendre les affaires	Commencer une relation amicale	Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne	Le personnage principal dit du mal d'une personne à quelqu'un qui ne connaît pas.	Vidéo d'apprentissage
3.4	Le secret	Commencer une relation amicale	Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne	Le personnage principal raconte un secret à quelqu'un qu'il ne connait pas.	Evaluation finale de la compétence
4.1	Le tennis avant tout	Commencer une relation amicale	Savoir montrer de l'intérêt pour une personne	Le personnage principal ne s'intéresse pas au sport de son interlocuteur.	Evaluation initiale de la compétence

4.2	Histoire de radeaux	Commencer une relation amicale	Savoir montrer de l'intérêt pour une personne	Le personnage principal ne regarde pas son interlocuteur lorsque celui-ci lui parle.	Vidéo d'apprentissage
4.3	Le devoir de maths	Commencer une relation amicale	Savoir montrer de l'intérêt pour une personne	Le personnage principal append qu'un de ses camarades de classe est en difficulté pour un devoir de maths et ne lui propose pas son aide.	Vidéo d'apprentissage
4.4	Un message urgent	Commencer une relation amicale	Savoir montrer de l'intérêt pour une personne	Le personnage principal est sur son téléphone et ne donne pas l'impression de se soucier du problème de son camarade.	Evaluation finale de la compétence

ANNEXE VIII : Questionnaire évaluant la satisfaction des intervenants en habiletés sociales au sujet de l'outil vidéographique créé

LimeSurvey

Bonjour,

Vous avez accepté de participer à mon étude en donnant votre avis sur le matériel vidéographique que j'ai créé et je vous en remercie. Ces vidéos ont été créées dans le but de permettre le développement des habiletés sociales liées à l'amitié chez les adolescents porteurs d'un Trouble du Spectre de l'Autisme.

Ce questionnaire a pour objectif :

D'évaluer la pertinence de l'outil vidéographique créé. D'évaluer la praticité et la facilité d'utilisation de l'outil vidéographique. D'évaluer la qualité esthétique des vidéos. D'évaluer l'attractivité des professionnels pour l'outil vidéographique. D'évaluer la pertinence des compétences choisies pour travailler les habiletés sociales liées à l'amitié. D'évaluer l'exhaustivité des compétences travaillées via l'outil vidéographique créé.

Pour avoir accès aux vidéos, il vous suffit de cliquer sur ce lien : https://videotheque.univ-poitiers.fr/video.php?playlist_id=96b2joplad71nwurftvt&playlist_link=2jj67kzg9u749ed8o5fp2vpag67uzx

/!\ En aucun cas vous ne devrez conserver, divulguer, diffuser ces vidéos auprès de vos patients ou à d'autres professionnels. Les vidéos n'ont pas été créées pour être présentées en prise en soins auprès des patients. En répondant à ce questionnaire, vous acceptez cette condition.

Le questionnaire est totalement anonyme.

Merci pour votre participation.

Marianne Deroye

Partie A: Préambule

A1. Quelle est votre profession ?

- [ ] Orthophoniste
- [ ] Psychologue
- [ ] Educateur
- [ ] Autre

Autre

A2. Exercez-vous en libéral ou en structure ?

- [ ] En libéral
- [ ] En structure, de quel type ?
- [ ] Exercice mixte

A3. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé auprès d'enfants ou adolescents présentant un TSA ?

- [ ] Oui
- [ ] Non

A4. Etes-vous déjà intervenu auprès d'enfants ou d'adolescents avec un TSA dans le cadre d'une rééducation des habiletés sociales ?

- [ ] Oui
- [ ] Non

A5. Depuis combien de temps intervenez-vous auprès de jeunes atteints de TSA dans le cadre des habiletés sociales ?

- [ ] Entre 0 et 2 ans
- [ ] Entre 2 et 5 ans
- [ ] Depuis plus de 5 ans
- [ ] Je n'interviens pas dans le cadre des habiletés sociales

A6. Avez-vous déjà assisté à une formation dans le domaine des habiletés sociales ?

- [ ] Oui, laquelle ?
- [ ] Non

Partie B : Questions d'ordre général sur l'ensemble des vidéos

B1. Comment qualifieriez-vous la qualité sonore des vidéos ?

- [ ] Satisfaisante
- [ ] Acceptable
- [ ] Insatisfaisante, pour quelle(s) raison(s) ?

B2. Comment qualifieriez-vous la qualité visuelle des vidéos ?

Satisfaisante ☐

Acceptable ☐

Insatisfaisante, pour quelle(s) raison(s) ? ☐

B3. Comment qualifieriez-vous la qualité du montage des vidéos ?

Satisfaisant ☐

Acceptable ☐

Insatisfaisante, pour quelle(s) raison(s) ? ☐

B4. Considérez-vous les personnages Paul et Antoine comme réalistes ?

Très vraisemblables ☐

Parfois vraisemblables, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ? ☐

Jamais vraisemblables, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ? ☐

B5. Considérez-vous ces situations comme réalistes ?

Très réalistes ☐

Parfois réalistes, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ? ☐

Jamais réalistes, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ? ☐

B6. La notion de pragmatique est-elle suffisamment travaillée au travers des vidéos ?

- [ ] Suffisamment travaillée
- [ ] Peu travaillée, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ?
- [ ] Insuffisamment travaillée, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ?

B7. Le vocabulaire des dialogues entre les acteurs vous semble-il accessible pour les patients adolescents porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme ?

- [ ] Accessible
- [ ] Peu accessible, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ?
- [ ] Inaccessible, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ?

B8. Les lieux choisis sont-ils suffisamment neutres ?

- [ ] Oui
- [ ] Parfois, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ?
- [ ] Non, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ?

B9. **Pensez-vous que des lieux plus contextuels (bibliothèque, parc, rue…) seraient plus pertinents pour développer les habiletés sociales ?**

- ☐ Oui, pourquoi ?
- ☐ Non, pourquoi ?
- ☐ Je ne sais pas

B10. **De manière générale, cet outil vous semble-t-il pertinent pour développer les habiletés sociales liées à l'amitié chez un adolescent présentant un TSA ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non, pour quelle(s) raison(s) ?
- ☐ Je ne sais pas

B11. **Trouvez-vous ces supports vidéo ergonomiques et faciles d'utilisation ?**

- ☐ Oui
- ☐ Pas tout à fait. Pour quelle(s) raison(s) ?
- ☐ Non. Pour quelle(s) raison(s) ?

B12. Seriez-vous prêt à utiliser ce type d'outil vidéographique avec vos patients ?

Oui ☐

Non. Pour quelle(s) raison(s) ? ☐

Partie C : Questions relatives au protocole de visionnage des vidéos auprès des patients

C1. Pensez-vous que 4 vidéos pour travailler une compétence de l'habileté sociale soit quantitativement suffisant pour obtenir une progression du patient ?

Largement suffisant ☐

Suffisant ☐

Non. Quel serait le nombre idéal de vidéos selon vous ? ☐

C2. Pensez-vous que l'évaluation de début de compétence (vidéo 1) soit révélatrice des compétences initiales du patient ?

Oui ☐

Non. Pour quelle(s) raison(s) ☐

Je ne sais pas ☐

C3. Pensez-vous que 2 vidéos « d'apprentissage » (vidéos 2 et 3) entre les évaluations soient quantitativement suffisantes pour travailler la compétence cible ?

Oui ☐

Non. Dans l'idéal combien de vidéos faudrait-il pour permettre un apprentissage ? ☐

Je ne sais pas ☐

C4. Pensez-vous que l'évaluation de fin de compétence (vidéo 4) puisse être révélatrice d'une progression ?

Oui ☐

Non. Pour quelle(s) raison(s) ? ☐

Je ne sais pas ☐

C5. Enfin, pensez-vous que ce protocole pourrait s'inscrire dans un programme de rééducation des habiletés sociales ?

Oui ☐

Non. Pour quelle(s) raison(s) ? ☐

Je ne sais pas ☐

Partie D : Questions d'ordre spécifique sur chacune des compétences :

Les questions suivantes concernent les 4 vidéos du thème « Savoir quand aborder la personne »

D1. Pensez-vous que le thème « savoir quand aborder la personne » soit en lien avec la compétence « commencer une relation amicale » ?

Oui ☐

Partiellement en lien. Pourquoi ? ☐

Aucun lien. Pourquoi ? ☐

D2. Pensez-vous que les problématiques abordées dans les quatre vidéos soient suffisamment en lien avec la compétence « Savoir quand aborder la personne » ?

Oui ☐

Partiellement en lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ? ☐

Aucun lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas et pourquoi ? ☐

D3. Selon vous les problèmes présentés dans les 4 vidéos du thème 1, sont-ils suffisamment identifiables ?

Oui ☐

Pas toujours, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non, dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

D4. Selon vous, les QCM sont-ils suffisamment compréhensibles et concis pour des adolescents ?

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? ☐

D5. Selon vous, les solutions apportées aux problèmes sont-elles suffisamment logiques et adaptées ?

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? et pourquoi ? ☐

Partie E : Questions d'ordre spécifique sur chacune des compétences

Les questions suivantes concernent les 4 vidéos du thème « Savoir se présenter à quelqu'un »

E1. Pensez-vous que le thème « savoir se présenter à quelqu'un » soit en lien avec la compétence « commencer une relation amicale » ?

- ☐ Oui
- ☐ Partiellement en lien. Pourquoi ?
- ☐ Non. Pourquoi ?

E2. Pensez-vous que les problématiques abordées dans les quatre vidéos soient suffisamment en lien avec la compétence « Savoir se présenter à quelqu'un » ?

- ☐ Oui
- ☐ Partiellement en lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?
- ☐ Aucun lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?

E3. Selon vous les problèmes présentés dans les 4 vidéos du thème 2, sont-ils suffisamment identifiables ?

- ☐ Oui
- ☐ Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?
- ☐ Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?

E4. **Selon vous, les QCM sont-ils suffisamment compréhensibles et concis pour des adolescents ?**

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

E5. **Selon vous, les solutions apportées aux problèmes sont-elles suffisamment logiques et adaptées ?**

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Partie F : Questions d'ordre spécifique sur chacune des compétences :

Les questions suivantes concernent les 4 vidéos du thème « Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne ».

F1. **Pensez-vous que le thème « savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne » soit en lien avec la compétence « commencer une relation amicale » ?**

Oui ☐

Partiellement en lien. Pourquoi ? ☐

Non. Pourquoi ? ☐

F2. **Pensez-vous que les problématiques abordées dans les quatre vidéos soient suffisamment en lien avec la compétence « Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne » ?**

- ☐ Oui
- ☐ Pas toujours en lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?
- ☐ Aucun lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?

F3. **Selon vous les problèmes présentés dans les 4 vidéos du thème 3, sont-ils suffisamment identifiables ?**

- ☐ Oui
- ☐ Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?
- ☐ Aucun lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?

F4. **Selon vous, les QCM sont-ils suffisamment compréhensibles et concis pour des adolescents ?**

- ☐ Oui
- ☐ Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?
- ☐ Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ?

F5. **Selon vous, les solutions apportées aux problèmes sont-elles suffisamment logiques et adaptées ?**

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Partie G : Questions d'ordre spécifique sur chacune des compétences

Les questions suivantes concernent les 4 vidéos du thème « Savoir montrer de l'intérêt pour une personne »

G1. **Pensez-vous que le thème « Savoir montrer de l'intérêt pour une personne » soit en lien avec la compétence « commencer une relation amicale » ?**

Oui ☐

Partiellement en lien. Et pourquoi ? ☐

Non. Et pourquoi ? ☐

G2. **Pensez-vous que les problématiques abordées dans les quatre vidéos soient suffisamment en lien avec la compétence « Savoir montrer de l'intérêt pour une personne » ?**

Oui ☐

Partiellement en lien. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

G3. **Selon vous les problèmes présentés dans les 4 vidéos du thème 4, sont-ils suffisamment identifiables ?**

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n’est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

G4. **Selon vous, les QCM sont-ils suffisamment compréhensibles et concis pour des adolescents ?**

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n’est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n’est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

G5. **Selon vous, les solutions apportées aux problèmes sont-elles suffisamment logiques et adaptées ?**

Oui ☐

Pas toujours. Dans quelle(s) vidéo(s) n’est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

Non. Dans quelle(s) vidéo(s) n'est-ce pas le cas ? Et pourquoi ? ☐

LimeSurvey

Partie H : Vos remarques et commentaires

H1. **Avez-vous des commentaires ou des remarques à me communiquer sur des éléments qui n'ont pas été abordés dans ce questionnaire ?**

Je vous remercie d'avoir pris le temps de participer à mon étude !

Je reste à votre disposition si vous avez des remarques supplémentaires :

@ : marianne.deroye@etu.univ-poitiers.fr

ANNEXE IX : Affiche de recrutement des professionnels

Questionnaire
Mémoire d'orthophonie

Recherche intervenants en habiletés sociales, orthophonistes, psychologues, éducateurs, ...

Titre du mémoire :

Création d'un outil vidéographique visant à développer les **habiletés sociales** en lien avec l'amitié chez les adolescents porteurs d'un **TSA** : recueil d'avis de professionnels.

Objectifs :

- Recueillir votre avis concernant l'outil vidéographique créé.

Durée :

- Visionner les vidéos + répondre au questionnaire = env. 1 heure

Période :

- De janvier 2022 au 15 février 2022

Contenu des vidéos : (1 vidéo = 1 min 30)

Elles traitent de situations d'interaction entre 2 adolescents. Une vidéo est divisée en 3 parties.

- **Exposition de la situation** de communication
- **Elément perturbateur** : le patient détermine le problème dans la vidéo à l'aide d'un QCM.
- **Résolution de problème** : à l'aide d'un QCM, le patient trouve une solution convenable au problème exposé. La suite de la vidéo proposera une solution.

Encadrement:

Mémoire d'orthophonie à l'université de Poitiers

Encadré par Mme **Dupin Hélène** (orthophoniste) et Mme **Texier Caroline** (psychologue)

Votre rôle :

- Visionner l'ensemble des 16 vidéos
- Donner votre avis sur les vidéos créées en répondant au questionnaire sur LimeSurvey

Pour participer contactez moi :

@ : marianne.deroye@etu.univ-poitiers.fr
Tel: 06.74.98.30.86

ANNEXE X : Notice d'information à destination des professionnels participant à l'étude

Notice d'information

Mémoire de fin d'étude – Marianne Deroye

➢ Présentation du mémoire

Intitulé du mémoire : Création d'un outil vidéographique visant à développer les habiletés sociales en lien avec l'amitié chez les adolescents porteurs d'un TSA : recueil d'avis de professionnels.

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie réalisé à l'université de Poitiers, encadré par Madame DUPIN Hélène, orthophoniste et Madame TEXIER Caroline, psychologue, je vous sollicite pour participer à mon étude. L'objectif est d'obtenir l'avis de professionnels tels que vous (intervenant auprès d'adolescents porteurs d'un TSA) pour évaluer la qualité et la pertinence de l'outil vidéographique créé dans le cadre de ce mémoire.

➢ Présentation du questionnaire

Votre participation consisterait à répondre à un questionnaire.

Ce questionnaire a pour objectif :

- D'évaluer la pertinence de l'outil vidéographique créé.
- D'évaluer la praticité et la facilité d'utilisation de l'outil vidéographique.
- D'évaluer la qualité esthétique des vidéos.
- D'évaluer l'attractivité des professionnels pour l'outil vidéographique.
- D'évaluer la pertinence des compétences choisies pour travailler les habiletés sociales liées à l'amitié.
- D'évaluer l'exhaustivité des compétences travaillées via l'outil vidéographique créé.

Pour résumer, l'outil vidéographique créé est-il selon vous suffisamment abouti pour pouvoir être présenté à des adolescents porteurs d'un TSA dans le cadre d'une rééducation des habiletés sociales liées à l'amitié ?

➢ Et comment ça va se passer ?

1) Suite à votre demande de participation, je vous fournirai un lien d'accès aux vidéos qui vous enverra sur la plateforme sécurisée UPtube.

/!\ J'attire votre attention sur le fait que vous ne devez en aucun cas conserver, divulguer, diffuser ces vidéos auprès de vos patients ou à d'autres professionnels. Les vidéos n'ont pas été créées pour être présentées en prise en soins auprès des patients. En répondant à ce questionnaire, vous acceptez cette condition.

2) Visionnez les 16 vidéos. Chaque vidéo dure environ 1 minute. Je vous invite à prendre des notes en parallèle de ce visionnage sur les éventuels points à améliorer.
3) Un lien vers le questionnaire vous sera également transmis. Vous pourrez répondre au questionnaire sur la plateforme sécurisée LimeSurvey de façon anonyme.
4) Votre intervention à ce projet s'arrête ici. Merci pour votre participation !

/!\ Les données personnelles collectées lors de la prise de contact seront conservée le temps de l'étude puis seront supprimées suite à la soutenance du mémoire.

➢ En savoir plus sur les vidéos

Contenu des vidéos :
Elles traitent de situations d'interaction entre 2 adolescents. Une vidéo est divisée en 3 parties.

- **Exposition de la situation** de communication
- **Elément perturbateur** : le patient détermine le problème dans la vidéo à l'aide d'un QCM.
- **Résolution de problème** : à l'aide d'un QCM, le patient trouve une solution convenable au problème exposé. La suite de la vidéo proposera une solution.

Organisation des vidéos :
16 vidéos ont été créées afin d'aborder 4 thèmes répondant à la compétence « commencer une relation amicale » nécessaire au développement des habiletés sociales liées à l'amitié.

/!\ Notons que les vidéos ont été organisées et réalisées comme si elles allaient être présentées à des patients, ce qui ne sera pas le cas dans cette étude.

Pour chacun des thèmes, l'organisation est identique. La première vidéo permettrait d'évaluer les compétences initiales du patient. Les deuxièmes et troisièmes vidéos permettraient un apprentissage des compétences ciblées. Enfin la dernière vidéo du thème serait une évaluation finale du patient pour mesurer la progression de ce dernier dans la compétence.

Les thèmes sont les suivants :

Thème n°1. Savoir quand aborder la personne

- Vidéo 1.1 : L'appel téléphonique → Est occupé au téléphone (*Evaluation initiale)*
- V 1.2 : Le garçon à la console → Joue à un jeu vidéo sur lequel il ne peut faire pause (*Apprentissage)*
- V 1.3 : En sortant de contrôle → La personne n'est pas d'humeur (*Apprentissage)*
- V 1.4 : Conversation avec la professeure→ Conversation de groupe (*Evaluation finale)*

Thème n°2. Savoir se présenter à quelqu'un

- V 2.1: Le plaisir des montres → Le personnage principal parle trop (*Evaluation initiale)*
- V 2.2 : Le grand timide → Le personnage principale parle peu *(Apprentissage)*
- V 2.3 : Qui est-il ? → Ne pas savoir être précis, se définir vraiment (*Apprentissage)*
- V 2.4 : Le grand sportif → Monopolise la parole (*Evaluation finale)*

Thème n°3. Savoir quoi dire en fonction de la proximité avec la personne

- V 3.1 : Les problèmes d'argent → Parler des problèmes d'argent de la famille *(Evaluation initiale)*
- V 3.2 : Le divorce → Divorce des parents *(Apprentissage)*
- V 3.3 : Rendre les affaire → Parler dans le dos d'une personne à un inconnu (*Apprentissage)*
- V 3.4 : Le secret → Dévoiler un secret (*Evaluation finale)*

Thème n°4. Savoir montrer de l'intérêt pour une personne

- V 4.1 : Le tennis avant tout → Avoir un avis négatif sans connaître le sujet (*Evaluation initiale)*
- V 4.2 : Histoire de radeaux → Ne pas regarder son interlocuteur (*Apprentissage*)
- V 4.3 : Le devoir de maths → Ne pas proposer son aide (*Apprentissage)*
- V 4.4 : Un message urgent → Faire autre chose pendant une conversation *(Evaluation finale)*

Voici les 2 liens permettant d'accéder aux vidéos et au questionnaire :

Les vidéos : https://videotheque.univ-poitiers.fr/video.php?playlist_id=96b2joplad71nwurftvt&playlist_link=2jj67kzg9u749ed8o5fp2vpag67uzx

Le questionnaire : http://survey.appli.univ-poitiers.fr/166791?lang=fr

Je vous remercie du temps que vous consacrerez à cette étude.

Je me tiens à votre disposition pour de plus amples informations. Vous pouvez me contactez à l'adresse suivante, marianne.deroye@etu.univ-poitiers.fr.

RESUME

Les personnes atteintes du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) rencontrent des difficultés dans l'interaction sociale dû à un manque d'habiletés sociales. Actuellement, plusieurs supports existent pour aborder les habiletés sociales. Cependant, l'apparition des supports numériques, pourtant prometteurs, reste encore peu utilisés dans les interventions visant leur développement. Nous avions donc pour objectif de créer un matériel vidéographique exposant des scénarii sociaux erronées. Ces vidéos visaient l'acquisition d'habiletés en lien avec le développement de l'amitié et étaient destinées à un public adolescent présentant un TSA mais sans déficience intellectuelle. L'apprenant était invité à identifier le problème de communication et à trouver une solution socialement adaptée à l'aide de QCM. Ensuite, l'outil vidéographique a été proposé à plusieurs professionnels notamment des orthophonistes afin de recueillir leurs avis concernant ce support, par le biais d'un questionnaire. Le but de cette étude était de déterminer si le matériel était suffisamment abouti pour être présenté à des patients potentiels. Le support vidéographique a donc été évalué par les professionnels au sujet de sa pertinence (réalisme des vidéos, compétences travaillées, problématiques exposées), son ergonomie, son esthétisme, son attractivité et son adéquation avec le public cible. Vingt-cinq réponses ont pu être analysées. Dans l'ensemble, les orthophonistes interrogés ont trouvé les vidéos pertinentes, de qualité, et ergonomiques. Ils ont également jugé les compétences abordées comme adéquates. Toutefois, le protocole de visionnage n'a pas suffisamment convaincu les répondants. Cependant, le peu de participants et de professionnels représentés ainsi que les limites méthodologiques de l'étude n'ont pas permis une généralisation des résultats. Néanmoins, l'attrait des professionnels pour ce support révèle l'intérêt de ce matériel dans le cadre d'une intervention visant l'acquisition des habiletés sociales. Nous espérons que ce type de support fera l'objet d'autres études longitudinales afin d'en tester l'efficacité sur les patients présentant un TSA.

Mots-clés : Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), Habiletés sociales, adolescents, vidéo